Aaron T. Beck

KOGNITYVINĖ TERAPIJA IR EMOCINIAI SUTRIKIMAI

ALK



Aaron T. Beck

KOGNITYVINĖ TERAPIJA IR EMOCINIAI SUTRIKIMAI



Vilnius

UDK 613.8
Be49

Versta iš:
Beck, Aaron T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. – New American library. Reprint edition, 1997.

Iš anglų kalbos vertė *Simona Biveinytė*

Knyga išleista parėmus *Atviros Lietuvos fondui* ir *Next Page Foundation*

ISBN 9955-433-08-6
ISSN 1392-1673

Turinys

Įžanga

Pastaraisiais metais emociniai sutrikimai susilaukė nepaprastai daug dėmesio ir viešumo. Šis intensyvus domėjimasis akivaizdus, peržvelgus perkamiausių knygų sąrašus ir populiarius žurnalus. Psichologinių sutrikimų kursai koledžuose labai išpopuliarėjo, o psichiatrų, klinikinių psichologų ir kitų psichikos sveikatos specialistų skaičius staiga išaugo. Dosnios viešųjų fondų lėšos ir privačios dovanos plūdo į bendruomenės psichikos sveikatos ar kitus psichiatrinės pagalbos centrus, kurių nepaprastai pagausėjo.

Paradoksalu, bet domėjimasis emociniais sutrikimais augo ir didžiulės pastangos sukurti masines profesines paslaugas buvo dedamos vis daugėjant valdžios atstovų nesutarimų dėl šių sutrikimų prigimties ir tinkamo gydymo. Naujos teorijos ir gydymo metodai nuostabiai reguliariai užkariaudavo visuomenės bei specialistų vaizduotę ir pamažu būdavo užmirštamos. Be to, pačios tvirčiausios emocinius sutrikimus ir jų gydymą tiriančios mokyklos – tradicinė neuropsichiatrija, psichoanalizė ir elgesio terapija – vis dar išlaiko senuosius teorinius bei eksperimentinių ir klinikinių metodų skirtumus.

Nors šios vyraujančios mokyklos smarkiai skiriasi, joms būdinga viena bendra prielaida: emociškai sutrikęs asmuo yra slaptų galių, kurių negali kontroliuoti, auka. Tradicinė neuropsichiatrija, kilusi iš devynioliktojo amžiaus gamtos mokslų doktrinos, ieško biologinių priežasčių, tokių kaip cheminiai ir neurologiniai pakitimai, bei taiko vaistus ir kitas fizinio poveikio priemones emociniams sutrikimams gydyti. Psichoanalizė, kurios filosofinis pamatas susiformavo taip pat devynioliktame amžiuje, individo neurozę priskiria nesąmoningiems

psichologiniams veiksniams: nesąmoningiems elementams kelią į sąmonę užtveria psichologiniai barjerai, kuriuos gali įveikti tik psichoanalitinė interpretacija. Elgesio terapija, kurios filosofinės šaknys siekia aštuonioliktąjį amžių, emocinį sutrikimą aiškina nevalingais refleksais, susiformavusiais dėl atsitiktinių poveikių ankstesniais paciento gyvenimo metais. Kadangi, pagal elgesio teoriją, pacientas negali šių sąlyginių refleksų pakeisti paprasčiausiai žinodamas apie juos ir siekdamas jų atsikratyti, juos turi „persąlygoti"patyręs elgesio terapeutas.

Kadangi šios trys pagrindinės mokyklos tvirtina, kad paciento sutrikimų šaltinis glūdi už jo sąmonės ribų, jos vengia kalbėti apie jo sąmoningą supratimą, specifines mintis ir fantazijas.

Tačiau tarkime, kad šios mokyklos eina klaidingu keliu. Akimirkai spėkime, kad asmens sąmonėje yra elementų, nuo kurių priklauso emociniai nesklandumai ir aptemęs mąstymas, verčiantys jį ieškoti pagalbos. Be to, tarkime, kad pacientui yra prieinami įvairūs racionalūs būdai, kuriais, tinkamai patartas, jis gali pasinaudoti, įveikdamas šiuos trikdančius elementus savo sąmonėje. Jei šios prielaidos teisingos, tai į emocinius sutrikimus galima žvelgti visiškai kitaip: *žmogaus sąmonėje yra raktas psichologiniams sutrikimams suprasti ir išspręsti.* Asmuo gali ištaisyti klaidingą supratimą, sukeliantį emocinį sutrikimą, pasitelkdamas tą patį problemų sprendimo mechanizmą, kuriuo jau yra įpratęs naudotis įvairiais savo raidos tarpsniais.

Šios prielaidos susilieja į palyginti naują požiūrį į emocinius sutrikimus. Tačiau filosofiniai šio požiūrio pamatai yra tūkstantmečių senumo, siekia dar stoikų laikus, kada buvo manoma, jog žmogaus įvykių suvokimas (ar klaidingas suvokimas) labiau už pačius įvykius lemia emocinę sumaištį. Pagal šį naują požiūrį – kognityvinę terapiją, – individo sunkumai daugiausia kyla iš tam tikrų tikrovės iškraipymų, susijusių su klaidingomis prielaidomis ir nuostatomis. Šios klaidingos nuostatos nulemtos nekokybiško išmokimo asmens

kognityvinėje raidoje. Nepaisant jų kilmės, gana nesunku nusakyti gydymo formulę: terapeutas padeda pacientui atskleisti iškraipymus savo mąstyme ir išmokti alternatyvių, realistiškesnių būdų savo patirčiai išreikšti.

Kognityvinis požiūris emocinių sutrikimų sampratą ir gydymą priartina prie paciento kasdienio gyvenimo patirties. Pacientas gali sieti savo sutrikimą su dažnomis suvokimo klaidomis, pasitaikiusiomis jo gyvenime. Be to, jam neabejotinai jau yra tekę visai sėkmingai pakoreguoti klaidingas savo nuostatas, – surenkant adekvatesnę informaciją arba atpažįstant logines išvadų klaidas. Kognityvinis požiūris yra pacientui prasmingas, nes jis tam tikra prasme susijęs su ankstesne jo mokymosi patirtimi ir gali didinti pasitikėjimą savo gebėjimu išmokti efektyviai įveikti turimas klaidingas nuostatas, sukeliančias skausmingų simptomų. Be to, emocinius sunkumus perkeldamas į kasdienio patyrimo sritį ir pritaikydamas įprastus problemų sprendimo būdus, terapeutas gali iš karto užmegzti ryšį su pacientu.

Žinoma, galima suabejoti kognityvinės psichologijos ir kognityvinės terapijos pagrįstumu. Laimei, kognityviniai fenomenai prieinami savistabai, todėl jų prigimtis ir santykiai, priešingai negu abstraktesni psichoanalitiniai konstruktai, gali būti patikrinti įvairiais sistemingais eksperimentais. Vis daugėjant sistemingų tyrimų kognityvinės psichologijos pamatai nuolatos tvirtinami, o terapiniai bandymai rodo kognityvinės terapijos veiksmingumą.

Šis naujas požiūris į emocinius sutrikimus keičia žmogaus požiūrį į save ir savo sunkumus. Užuot laikęs save bejėgiu biocheminių reakcijų, aklų impulsų ar automatinių refleksų padaru, jis gali teigti, kad yra linkęs į klaidingas, žalingas sau nuomones, bet geba *atsikratyti* jų bei jas ištaisyti. Tiksliai nustatydamas mąstymo ydas ir jas taisydamas, žmogus gali susikurti laimingesnį gyvenimą.

Aš nuoširdžiai dėkingas kolegoms ir draugams, perskaičiusiems įvairias rankraščio dalis ir pateikusiems vertingų pastabų bei

pasiūlymų: Paului Brady, Jay Efranui, Seymourui Epsteinui, Judith Friedman, Lee Friedmanui, Marikai Kovacs, serui Aubrey Lewisui, George'ui Mandleriui, Arthurui Perlmutteriui, Johnui Rhinehartui, Virginiai Rivers, Johnui Rushui ir Irwinui Sarasonui.

Ypač esu dėkingas Ruth L. Greenberg už uolų redaktorės darbą.

Galiausiai esu dėkingas Lee Fleming ir Mary Lovell už atidų kelių rankraščio variantų spausdinimą.

Sveikas protas ir daugiau 1

Mokslo šaknys glūdi tame, ką aš pavadinau sveiku protu. Tai duomuo, nuo kurio jis prasideda ir prie kurio turi grįžti <...> Galima tobulinti sveiką protą, galima jam prieštarauti kokia nors detale, galima jį stebinti. Bet galiausiai reikia su juo sutikti.

Alfred North Whitehead

PACIENTO DILEMA

Retą visuomenei rūpimą dalyką gaubia tokia intriguojanti atmosfera kaip psichologinių sunkumų sritį. Tvirtų žinių ir neginčijamų gydymo metodų stoka sudarė vakuumą, kurį užpildė besivaržančios ideologijos, judėjimai ir laikini susižavėjimai.

Psichiatrijos istorija rodo, kad daugelis idėjų ir koncepcijų, kadaise laikytų nenuginčijamais faktais, buvo atmestos kaip mitai ir prietarai. Mes priversti suprasti, kad neurozių – arba emocinių sutrikimų – prigimties ir gydymo tyrimai nesiremia įrodytomis teoremomis ar visuotinai priimtomis prielaidomis. Nesant bendros nuomonės dėl teorijų ir gydymo metodų vertingumo, besivaržančių mokyklų ginčams nėra ribų.

Psichikos sveikatos žinių srityje vyrauja keletas įsitvirtinusių mokyklų ir ne tokių žymių kitokių pažiūrų grupių. Svarbesnėms šios srities mokykloms būdingi tokie bruožai: įsitikinimas savo sistemos teisingumu, oponuojančių teorijų niekinimas ir nuolatinis doktrinos bei metodų grynumo svarbos pabrėžimas. Daugeliu

atvejų atrodo, kad sistemos populiarumas labiau priklauso nuo jos kūrėjo žavesio ir atsidavimo nei jos pamatų tvirtumo.

Kai valdančiosios institucijos nesutaria dėl teisingo požiūrio į psichologines problemas, į ką kreipiasi turintis sunkumų žmogus? Susidūręs su prieštaringais ir akivaizdžiai nesuderinamais įvairių mokyklų požiūriais, jis sprendžia sunkią dilemą: ar aklai rinktis terapeutą pasikliaujant laime, ar stengtis pačiam įveikti savo psichologinius sunkumus.

Šios dilemos sprendimas gali būti rastas savaime suprantamoje, tačiau iki šiol iš esmės užmirštoje srityje: asmens sąmonėje ir jam įprastuose psichologinių problemų suvokimo ir įveikimo būduose.

Klasikinė psichoanalizė sąmoningas mintis laiko iškreipta nesąmoningų konfliktų, kurie ir turėtų sukelti sunkumus, išraiška. Paties paciento paaiškinimai laikomi apgaulingomis racionalizacijomis, o įveikimo mechanizmai – gynyba. Taigi sąmoningos jo mintys, svarstymai ir vertinimai, praktiniai problemų sprendimai sumenkinami: jie laikomi tik laipteliais ieškant gilesnių, slaptų asmens psichikos sudedamųjų dalių.

Elgesio terapeutai taip pat buvo linkę nuvertinti mąstymo svarbą, tačiau dėl visai kitų priežasčių. Trokšdami pasiekti gamtos mokslų tikslumą ir teorinę eleganciją, pirmieji bihevioristai atmetė visą tą žinojimą, kurį žmogus gali įgyti apmąstydamas sąmoningą savo patirtį. Stengiantis ką nors aiškinti buvo remiamasi tik elgesio faktais, kuriuos galėjo stebėti nepriklausomas pašalietis. Taigi mintys, jausmai ir idėjos, kurios, savaime suprantama, prieinamos tik asmeninio patyrimo būdu, nebuvo laikomos tinkamais duomenimis, o paciento asmeninis pasaulis – prasminga tyrimų sritimi (Watson, 1914; Skinner, 1971).

Tradicinė neuropsichiatrija, kaip ir psichoanalizė bei elgesio terapija, taip pat nepakankamai vertina sąmoningų minčių svarbą. Neuropsichiatras, kartais vadinamas „organiku", teiraujasi apie asmens mintis ir jausmus pirmiausia siekdamas nustatyti diagnozę.

Nukrypę nuo normos mąstymas ar emocinės būsenos laikomi paprasčiausiomis giliau vykstančių fizinių procesų apraiškomis arba neurocheminių sutrikimų ženklais ir netiriami siekiant paaiškinti nenormalias psichologines būsenas.

Trijų pagrindinių mokyklų šalininkai taiko gydymo būdus, kurie atitinka filosofinius ir teorinius mokyklos pagrindus. Froidistai, kliaudamiesi gelmių psichologija ir simbolių prasmėmis, bando gydyti neurozę, atskleisdami slaptas (t. y. išstumtas) mintis bei troškimus ir išversdami sąmoningas mintis ir fantazijas į numanomų simbolinių prasmių kalbą. Elgesio terapeutai, ištikimi lemiamų aplinkos (t. y. galimų stebėti) jėgų idėjai, mėgina susilpninti neurozę pasitelkdami išorinius stimulus: taikydami bausmes ir paskatinimus, po truputį pratindami pacientus prie juos gąsdinančių situacijų. Neuropsichiatrai, tikėdami biologinių priežasčių svarba, taiko „somatinius" gydymo būdus, pavyzdžiui, vaistus ar elektros šoko terapiją.

Sumenkindamos paciento pastangas nusakyti problemas savo paties žodžiais ir jo mąstymo veiksmingumą jas sprendžiant, šiuolaikinės mokyklos įtvirtina mitą. Patekęs į bėdą asmuo verčiamas manyti, kad jis negali sau padėti ir, susidūręs su kasdienio gyvenimo sunkumais, turi kreiptis į profesionalų pagalbininką. Jis nebepasitiki „savaime suprantamais" nuo seno įprastais problemų sprendimo būdais, nes įtiki, kad emociniai sunkumai susiję su galiomis, kurių neįmanoma kontroliuoti. Jis nebesivilia suprasti pats save, nes jo paties nuomonė sumenkinama kaip paviršutiniška ir neesminė. Nuvertinusi sveiką protą ši subtili indoktrinacija trukdo remtis nuovoka ir protu, sprendžiant savo problemas. Ši viską užgožianti nuostata ir psichoterapeutui trukdo padėti pacientui kliautis savo gebėjimu spręsti problemas.

Kai kurie autoriai yra išsakę susirūpinimą dėl polinkio ignoruoti sveiko proto psichologijos svarbą. Pavyzdžiui, Allportas (1968) kartą pažymėjo: „Kaip profesijose, kurių tikslas yra padėti žmonėms – čia

priskirčiau psichiatriją, dvasininko darbą, socialinį darbą, taikomąją psichologiją ir pedagogiką, – galėtume atgaivinti šiek tiek sveiko proto, kurį, atrodo, esame praradę?" (p. 125). Profesionalų nedėmesingumą sąmoningoms paciento mintims ir sunkumų įveikimo būdams Icheiseris (1970, p. 1) yra taikliai pavadinęs „aklumu akivaizdumui".

SĄMONĖ IR SVEIKAS PROTAS

Turėdami galvoje kasdienio gyvenimo sudėtingumą ir sunkumus, galime tik žavėtis žmonių sugebėjimu taip sėkmingai funkcionuoti. Jie ne tik prisitaiko prie chaotiškos aplinkos ir varginančių susidūrimų su kitais žmonėmis, bet ir sugeba surasti daugybę kompromisų tarp savo vilčių, norų ir lūkesčių, viena vertus, ir išorės reikalavimų bei apribojimų, kita vertus. Nusivylimai, frustracijos ir kritika absorbuojami be didesnės žalos.

Šiuolaikinis žmogus dažnai turi daryti itin staigius su gyvybe ir mirtimi susijusius sprendimus (pavyzdžiui, vairuodamas automobilį). Jis daro dar sudėtingesnius sprendimus atskirdamas aplinkybes, kurios yra iš tiesų pavojingos, nuo aplinkybių, kurios paprasčiausiai *atrodo* tokios (pavyzdžiui, atskirdamas tikrą pavojų nuo tariamo). Jei žmogus negebėtų taip vykusiai skirti ir įvertinti daugybę išorinių stimulų, jo pasaulis būtų chaotiškas, o jis pats pakliūtų į vieną krizę po kitos. Be to, jei negebėtų valdyti savo labai išsivysčiusios vaizduotės, jis plūduriuotų ties prieblandos riba, neįstengdamas atskirti realios situacijos nuo asmeninių prasmių, kurias ji žadina.

Tarpasmeniniuose santykiuose asmuo iš esmės gali atrinkti nežymias užuominas, leidžiančias atskirti priešus nuo draugų. Jis subtiliai keičia savo elgesį, palaikydamas diplomatinius santykius su žmonėmis, kurių nemėgsta ar kurie nemėgsta jo. Iš esmės jis

sugeba perprasti kitų žmonių socialines kaukes, atpažinti nuoširdžius ir nenuoširdžius žodžius, atskirti draugišką pašaipą nuo pridengto priešiškumo. Kad galėtų organizuoti ir moduliuoti savo atsakus, jis įsiklauso į svarbius pranešimus nesiliaujančiame triukšme. Šios psichologinės operacijos veikia tarsi automatiškai, daug nemąstant, nesvarstant ir negalvojant.

Šios pastabos akivaizdžiai įrodo, kad, reaguodami į painią gyvąją ir negyvąją aplinką, savo raidoje įgijome labai rafinuotų ir sudėtingų elgesio būdų. Be to, turime didelę sąmoningų žinių, sąvokų ir formulių atsargą, leidžiančią mums įveikti įprastus psichologinius sunkumus. Žinoma, darome klaidų, vertindami situacijas ir savo gebėjimus; susiduriame su daugybe problemų, kurioms neturime gatavo sprendimo. Dažnai tenka daryti sprendimus, trūkstant informacijos. Vis dėlto sugebame, pasitelkę savo psichikos galias, žaibiškai pasitaisyti, vertinti, interpretuoti ir numatyti. Naujas problemas mokame spręsti sistemingai, atskirti įvairius jų komponentus ir apsvarstyti alternatyvius sprendimus.

Pagal požiūrį į išorės problemas žmogus iš esmės yra mokslininkas: jis stebi, kelia hipotezes, tikrina jas bei galiausiai daro apibendrinimus, kurie vėliau pravers kaip gairės, kai teks greitai vertinti situacijas. Nors didžioji dalis jo ankstyvojo mokymosi pagrįsta bandymais ir klaidomis bei indukciniu mąstymu, jis sugeba sukaupti formulių, lygčių ir aksiomų rinkinį, kuris padeda jam žaibiškai padaryti dedukcinį sprendimą, susidūrus su tomis pačiomis problemomis, kurias jau yra nagrinėjęs. Tobulėdamas žmogus nuolat naudojasi eksperimentinio metodo prototipu, nors to ir nesuvokia.

Spręsdamas grynai psichologinius klausimus, asmuo įgyja tam tikrų būdų ir nuostatų, kurie padeda jam įvertinti, ar jis realistiškai reaguoja į situacijas, išspręsti konfliktus tarp alternatyvių veikimo būdų, įveikti atstūmimą, nusivylimą ir pavojų. Tobulėjant psichologinė patirtis sąmonėje kristalizuojasi į apibrėžtas pastabas apie

save, kurios plėtodamosi galiausiai virsta apibendrinimais. Jei šie improvizuoti būdai atlaiko laiko išbandymus, jie tampa pagrindu tikram savęs ir kitų supratimui. Kaip pamatysime, taikant kognityvinę psichoterapiją pacientas dažniausiai kviečiamas būti mokslininku, besinaudojančiu turimomis priemonėmis sprendžiant problemas, kurios jam atrodė neišsprendžiamos.

Laimei, kiekvienam asmeniui, siekiančiam tokio supratimo, nereikia pradėti *de novo*. Socializacijos metu jis įgyja daug liaudies išminties: aksiomų apie žmonių elgesį ir kasdienės logikos. Remdamasis savo patirtimi, mėgdžiodamas kitus ir įgydamas išsilavinimą, jis išmoksta naudotis sveiku protu: nujausti ir tikrinti savo nuojautas, lyginti ir svarstyti. Išmintingas asmuo sugeba visoje kultūrinio paveldo gausoje išskirti tvirtus principus ir atmesti klaidingas nuomones, mitus ir prietarus.

Sveikas protas svarbus anaiptol ne vien mokantis gyventi visuomenėje. Sveiko proto svarbą, pavyzdžiui, formaliajam mokslui, jau seniai pripažino mokslininkai ir filosofai. Įžangoje cituotą Whiteheadą atliepia J. Robertas Oppenheimeris (1956): „Visi mokslai <...> yra sveiko proto išdailinimas, patobulinimas ir pritaikymas" (p. 128).

Nuo *išorės* reiškinių stebėjimo – ir šiais stebėjimais grįstų sveiku protu nustatytų dėsnių – prasidėjo fizika ir chemija. Sveiku protu paremtas pastebėjimas, kad nelaikomi kūnai nukrenta, buvo būtinas traukos dėsnio pirmtakas; pastebėjimas, kad gana ilgą laiką ant ugnies kaitinamas vanduo užverda – šilumos ir dujų dėsnių pradžia. Panašiai sąmonės – t. y. *vidinių* psichologinių reiškinių – stebėjimai teikia medžiagos sistemingam žmonių elgesio tyrimui.

Sveiko proto reikšmę mokslinės psichologijos raidai išsamiai aptarė Heideris (1958). Pasak jo, jausmų ir veiksmų, kuriuos galime suprasti iš karto, įvairovė yra nuostabiai didelė. „Intuityvus" žinojimas yra labai įžvalgus ir gali daug padėti gilinantis į žmonių elgesį. Heideris nurodo, kad „paprastas žmogus puikiai ir visiškai

supranta save bei kitus žmones. Šis supratimas, nors ir neišreikštas ar tik miglotai suvoktas, padeda jam daugiau ar mažiau adaptyviai sąveikauti su kitais" (p. 2).

Sveiko proto psichologija apima psichologines operacijas, refleksijas, pastebėjimus ir savistabą, su kurios pagalba asmuo stengiasi nustatyti, kodėl jam liūdna, kas kelia jam rūpestį ir ką jis gali padaryti savo padėčiai palengvinti. Savistabos būdu jis gali nustatyti pagrindinę savo minčių temą ir jos ryšį su nemaloniais jausmais (įtampa, liūdesiu, susierzinimu). Asmuo taip pat remiasi sveiku protu, kai mėgina suprasti įvykius ar aplinkybes, sužadinusias dabartinį jo susirūpinimą, taigi ir jo nelaimingumą. Be to, jis gali imtis priemonių savo skausmui sumažinti.

Tokia paprasta savipagalba dažnai siūloma stengiantis suprasti kitus ir jiems padėti. Pavyzdžiui, paraginama sutelkti dėmesį į tai, kas kelia rūpestį, ir siūlomas protingesnis požiūris ar realistiškesni sunkumų sprendimo būdai. Akivaizdu, kad įprasti vertinimai ir praktiniai patarimai ne visada naudingi, bet jie padeda daugeliui, galbūt daugumai žmonių išlaikyti pusiausvyrą bemaž visą laiką. Be to, šios sveiku protu pagrįstos įžvalgos ir tarpasmeninės strategijos nurodo, kaip turi vystytis sudėtinga, sisteminė psichoterapija.

KAI SVEIKAS PROTAS KLYSTA

Nepaisant akivaizdžios sveiko proto naudos suvokiant ir keičiant nuostatas bei elgesį, žinome ir jo trūkumų: sveikas protas įtikinamai ir vykusiai nepaaiškina mįslingų emocinių sutrikimų.

Imkime, pavyzdžiui, depresijos mįslę: puolusi į depresiją moteris, visada pasižymėjusi gyvenimo džiaugsmu, didžiavusis savimi ir savo darbais, su didele meile ir švelnumu auginusi savo vaikus, tapo niūri ir prarado susidomėjimą viskuo, kas ją anksčiau žavėjo. Ji pasislėpė kiaute, apleido vaikus, įniko į savikritiką ir

mintis apie mirtį. Galų gale ji sukūrė planą, kaip nužudyti vaikus ir nusižudyti pačiai, tačiau buvo laiku sustabdyta.

Kaip šį aiškų nukrypimą nuo normalios būsenos aiškina įprasta liaudies išmintis? Kaip ir kiti depresiški pacientai, ši moteris tarsi pažeidžia svarbiausius žmogaus prigimties principus. Jos suicidinės mintys ir troškimas nužudyti vaikus kertasi su švenčiausiais laikomais „išlikimo" ir „motinystės" instinktais. Jos užsidarymas ir savęs nuvertinimas akivaizdžiai prieštarauja kitam visuotinai pripažįstamam žmogaus elgesio kanonui – malonumo principui. Sveikas protas sutrinka, mėgindamas suprasti ir sudėlioti į vieną paveikslą sudedamąsias jos depresijos dalis. Kartais gili paciento kančia ir užsidarymas aiškinami įprastais teiginiais, tokiais kaip „Jis tiesiog nori dėmesio". Mintis, kad asmuo gali kankinti save iki pat savižudybės dėl abejotino malonumo sulaukti dėmesio, yra pernelyg neįtikinama ir iš tiesų prieštarauja sveikam protui.

Siekdami suprasti, kodėl į depresiją puolusi motina nori baigti savo ir savo vaikų gyvenimą, turime perprasti jos sąvokų sistemą ir pažvelgti į pasaulį jos akimis. Negalime remtis išankstinėmis nuomonėmis, kurios tinka nedepresiškiems žmonėms. Jei esame susipažinę su depresiškų pacientų požiūriais, jos elgesys pradeda įgauti prasmę. Įsijausdami į pacientą ir tapatindamiesi su juo galime suprasti tą prasmę, kurią jis priskiria savo patyrimui. Tada, atsižvelgdami į jo požiūrį, galime pasiūlyti jam įtikinamų paaiškinimų.

Kalbėdamasis su šia depresiška motina, išsiaiškinau, kad jos mąstymą valdė klaidingos idėjos apie save ir pasaulį. Nepaisydama priešingų faktų, ji manė, kad yra nevykusi motina. Moteris manė, kad nesugeba savo vaikams suteikti net minimalios priežiūros ir meilės. Ji buvo įsitikinusi, kad neįstengs pasikeisti – bus tik blogiau. Kadangi savo tariamą nesėkmę ir menkavertiškumą galėjo priskirti tik sau, ji nuolat kankino save priekaištais.

Įsivaizduodama ateitį, ši depresijos apimta moteris manė, kad jos vaikai jausis taip pat apgailėtinai kaip ir ji. Svarstydama, ką

daryti, ji nutarė, kad, negalėdama pasikeisti, turi vienintelę išeitį – savižudybę. Tačiau mintis apie tai, kad vaikai liks be motinos, be meilės ir rūpesčio, kurį tik motina, jos manymu, gali jiems suteikti, jai rodėsi siaubinga. Todėl gelbėdama vaikus nuo tos kančios, kurią pati patyrė, ji nusprendė nutraukti ir jų gyvenimą. Pažymėtina, kad šios apgaulingos mintys vyravo pacientės sąmonėje, tačiau neišryškėjo, kol ji nebuvo atidžiai apklausta dėl savo minčių ir planų.

Depresyvus mąstymas gali stebinti mus iracionalumu, tačiau jis turi prasmę paciento sąvokų sistemoje. Jei sutinkame su pagrindine (nors ir klaidinga) jos prielaida, t. y. kad ji ir jos vaikai galutinai pasmerkti dėl jos įsikalbėtų ydų, visai logiška manyti, kad kuo greičiau bus išsivaduota iš šios padėties, tuo geriau visiems. Pagrindinė moters prielaida dėl savo menkavertiškumo ir nesugebėjimo nieko nuveikti paaiškina jos užsidarymą ir motyvacijos stoką. Jos neišbrendamas liūdesys neišvengiamai kyla iš nuolatinės savikritikos ir įsitikinimo, kad jos gyvenimas ir ateitis yra beviltiški. Tiksliai nustatęs klaidingus pacientės įsitikinimus, galėjau pasitelkti įvairių metodų neteisingiems įsivaizdavimams pataisyti ir paskatinti ją patyrinėti nerealistiškas savo įsitikinimų sistemos prielaidas.

Šis pavyzdys parodo, kodėl sveikas protas nepaaiškina emocinių sutrikimų, pavyzdžiui, depresijos. Trūksta esminės informacijos (šiuo atveju – iškreiptas pacientės požiūris į save, savo pasaulį ir ateitį). Tačiau *kai trūkstama informacija atsiranda,* galvosūkiui išspręsti galime pasitelkti sveiko proto priemones. Jei reikalinga medžiaga atsiduria reikiamoje vietoje, susidaro išsamus, prasmingas vaizdas. Kad iš šio atradimo galėtume padaryti patikimus apibendrinimus, patikriname, ar šis vaizdas būdingas ir kitiems pacientams, turintiems tą patį emocinį sutrikimą. Tada būtina atlikti visą logišką eksperi-mentinių procedūrų seką, kad sutvirtintume naują požiūrį į nagrinėjamą sutrikimą. Kai eksperimentiniai duomenys patikrinami, patikslinami ir pagrindžiami, galime patikrinti, ar suformuluotas teiginys atitinka pagrindinį

Whiteheado reikalavimą: ar tai neprieštarauja sveikam protui?

Apsvarstykime įkyraus rankų mazgojimo atvejį. Ligonis praleidžia nepaprastai daug laiko plaudamas rankas ir kitas nepridengtas savo kūno dalis. Verčiamas pasiaiškinti, jis gali teigti, kad yra susirūpinęs dėl galbūt buvusio kontakto su labai pavojingomis bakterijomis ir gali susirgti, jei kruopščiai nenusipraus. Jis netgi gali pripažinti, kad jo baimė kiek perdėta, tačiau ir toliau mazgoja rankas, nors tai tikrai kliudo jo karjerai, socialiniams kontaktams ir poilsiui – netgi miegui ir valgiui. Klasikinė psichoanalizė tokį elgesį aiškina analine fiksacija arba siekimu nuplauti kaltę, jaučiamą dėl draudžiamo, bet nesąmoningo troškimo.

Tačiau kruopščiai išnagrinėjus paciento mąstymą, atskleidžiami tokie faktai: sužinome, kad kas kartą, palietęs objektą, ant kurio gali būti bakterijų, pacientas mano, jog gali užsikrėsti sunkia liga. Tuo pat metu jis *įsivaizduoja* save ligoninėje, mirštantį nuo šios ligos. Mintis ir vizualinė fantazija sukelia nerimą. Siekdamas įveikti ar apmalšinti savo baimę, pacientas bėga į artimiausią vonią apsiprausti.

Gydydamas tokius sutrikimus, nustačiau tokią procedūrą: raginu pacientą paliesti nešvarų objektą, tačiau – pacientas tą žino – jis neturi galimybės nusiplauti rankų. Negalėdamas pasinaudoti įprastu būdu atsikratyti, jo nuomone, bakterijomis užkrėsto purvo, jis įsivaizduoja save ligoninės lovoje, mirštantį nuo siaubingos ligos. Ši vizualinė fantazija kyla savaime ir yra tokia ryški, jog pacientas įtiki, kad jis jau serga. Jis ima kosėti, jaučia silpnumą ir karštį bei patiria neįprastų pojūčių visame kūne. Nutraukdamas jo vizualinę fantaziją, galiu parodyti jam, kad jis neserga: dar turi jėgų, nekarščiuoja ir gali kvėpuoti nekosėdamas. Jo vizualinės fantazijos nutraukimas ir raginimas realistiškai įvertinti savo sveikatos būklę sumažina baimę dėl užsikrėtimo mirtina liga ir įkyrų potraukį plauti rankas.

Išgavęs esminės informacijos apie pacientą užvaldžiusią fantaziją ir apie tai, kad jis fiziškai patiria sunkios ligos simptomus, jei nenusiprausia, matome, kad jo įkyrus potraukis plautis rankas yra

visai suprantamas. Be to, tokia informacija apsaugo mus nuo pagundos griebtis kokios nors ezoterinės interpretacijos, kuri nepadėtų pacientui išsigydyti sunkaus psichologinio sutrikimo. Įkyrus rankų plovimas rodo, kokį lemiamą vaidmenį kai kurioms ligoms turi vaizduotės procesai: ir regimoji vaizduotė, ir ją lydintys savitaigos sukelti kūno pojūčiai.

DAUGIAU NEI SVEIKAS PROTAS: KOGNITYVINĖ TERAPIJA

Psichologinių sunkumų kaip klaidingų prielaidų ir polinkio į iškreiptą vaizduotės patyrimą apibūdinimas smarkiai skiriasi nuo visuotinai priimto psichologinio sutrikimo apibrėžimo. Freudas darė prielaidą, kad keistas elgesys nulemtas pasąmonės, o sąmonės lygmeniu pasireiškiantys iracionalūs veiksmai tėra už jų slypinčių nesąmoningų potraukių apraiškos. Saviapgaulės ir iškraipymų egzistavimas nebūtinai reikalauja pripažinti tokią pasąmonę , kaip įsivaizdavo Freudas. Iracionalumas gali būti suprastas kaip tikrovės organizavimo ir interpretavimo neadekvatumas.

Psichologiniai sunkumai nebūtinai yra nulemti paslaptingų neperprantamų galių. Jie gali būti paprastų procesų, pavyzdžiui, klaidingo išmokimo, neteisingų išvadų, padarytų remiantis nepakankama arba netikslia informacija, arba nesugebėjimo reikiamai atskirti vaizduotės nuo tikrovės rezultatas. Be to, mąstymas gali būti nerealistiškas, jei remiasi klaidingomis prielaidomis; elgesys gali kenkti pačiam asmeniui, jei jis pagrįstas neprotingomis nuostatomis.

Taigi psichologinius sunkumus galima įveikti lavinant gebėjimą įžvelgti skirtumus, taisyti klaidas ir ugdantis geriau prisitaikyti padedančias nuostatas. Kadangi savistaba, įžvalga, tikrovės suvokimas ir mokymasis yra iš esmės kognityviniai procesai, šis požiūris į neurozes buvo pavadintas kognityvine psichoterapija (Beck, 1967, p. 318).

Kognityvinis psichoterapeutas skatina pacientą taikyti tuos pačius sunkumų sprendimo būdus, kuriuos jis taikė visą gyvenimą, taisydamas mąstymo klaidas. Paciento sunkumai kyla iš tam tikrų tikrovės iškraipymų dėl klaidingų prielaidų ir netikslaus suvokimo. Šie iškraipymai atsiranda dėl netinkamo išmokimo asmens raidoje. Gydymo formulę galima išreikšti paprastais žodžiais: terapeutas padeda pacientui atpažinti iškraipymus savo mąstyme ir išmokti realistiškesnių būdų išreikšti savo patyrimą.

Kognityvinis požiūris neurotinių sutrikimų supratimą ir gydymą daro artimesnį kasdieniam patyrimui. Emociniai sutrikimai gali būti siejami su tam tikrais nesusipratimais, kuriuos asmuo per savo gyvenimą patyrė daug kartų. Kadangi psichiatro pacientas dažniausiai jau ne vieną sykį yra taisęs klaidingas savo interpretacijas, kognityvinis požiūris jam turi prasmę, nes neprieštarauja ankstesnei mokymosi patirčiai. Emocinius sutrikimus laikydamas kasdienio gyvenimo patyrimu ir siūlydamas naudotis įprastais problemų sprendimo būdais, psichoterapeutas gali nors truputį padėti pacientui jau pirmojo susitikimo metu.

Pastarųjų metų svarbiausių psichologijos ir psichoterapijos mokyklų atradimai patvirtina kognityvinės psichologijos svarbą suvokiant ir gydant neurozes. Kaip pažymėjo Robertas Holtas (1964), elgesio psichologija vis labiau susilieja su psichoanalize. Bihevioristai ir psichoanalitikai suprato, kad, netyrinėjant pažinimo srities, daug svarbių klausimų lieka nesprendžiami. Psichoanalitikai, kurie veržėsi į gelmę, ir bihevioristai, kurie labiau už viską vertino objektyvumą, ėmė suvokti, jog jiems nebūtina išduoti savąsias vertybes, kad galėtų tirti šias problemas. Hartmanno (1964), Kriso (1952) ir Rapaporto (1951) darbų paveiktoje psichoanalizėje ėmė ryškėti *ego* psichologija. Dėmesys nukrypo į tikrovės prigimtį ir žmogaus prisitaikymą prie jos. Išmokimas visada buvo esminis klausimas bihevioristams; pamažu jie pradėjo domėtis mąstymo procesais ir mintimis, sąvokų išmokimu taip pat kaip ir judesių

išmokimu, žodžių išmokimu kaip ir neprasmingų skiemenų išmokimu.

Nors ir būdami ištikimi savo mokykloms, daugelis praktikuojančių psichoterapeutų vis dažniau gydydami pacientus taiko kognityvinius metodus. Pavyzdžiui, didesnė dalis elgesio terapijos, nors tariamai ir kilusios iš laboratorinių eksperimentų ir išmokimo teorijos, iš esmės yra laiko patikrintų būdų, padedančių žmonėms įveikti psichologinius sunkumus, rinkinys. Žmonės per amžius patys įsivaizduodavo bauginančias situacijas, stengdamiesi apmaldyti baimę, kylančią palyginti nepavojingomis aplinkybėmis (bihevioristinės „sisteminės desensibilizacijos" esmė), bei drąsino save (drąsinimo pratimai). Panašiai ir daugelis neuropsichiatrų, neatsisakydami biologinių ligos priežasčių idėjos, nurodo įvairių praktinių pagalbos priemonių neurozėms gydyti: mokymą ir paaiškinimą, padrąsinimą ir aplinkos pakeitimą.

Šį didėjantį bendrumą dar labiau sustiprina įkvėptos psichologų ir psichiatrų humanistų, pramintų „trečiąja jėga", pastangos (Goble, 1970). Dėmesio sutelkimą į sąmoningas asmens mintis, troškimus ir idealus Allportas (1968) sveikino kaip „reikšmingą revoliuciją". Įvardydamas šį požiūrį kaip „nuostatų" terapiją, jis įžvelgia tokių skirtingų autorių kaip Adleris, Eriksonas, Horney, Maslow ir Rogersas teorijų sutapimų. Į šį sąrašą reikėtų įtraukti ir Alberto Elliso darbus.

Kas ta žemė, kurią atrado „trečiosios jėgos" humanistai ir kurią po truputį dirba psichoanalitinės ir bihevioristinės pakaraipos autoriai? Jų požiūris susideda iš didesnio domėjimosi tikrąja sąmoningų minčių, tikslų ir nuostatų verte ir pasirengimo ją pripažinti. Šie teoretikai dėmesį sutelkia į asmens idėjas – jo išgyvenimų ir elgesio savistabą, jo sunkumų sprendimo būdus.

Lemiamą kognityvinės psichologijos kaip būdo suprasti žmonių sunkumus reikšmę pabrėžė psichoanalitikas Arieti (1968), kuris pažinimą yra pavadinęs psichiatrijos „Pelene". Jis teigia, kad „daug kas žmogaus gyvenime siejasi su sąvokomis. Neįmanoma suprasti

žmogaus be tokių svarbių kognityvinių konstruktų kaip Aš vaizdas, savęs vertinimas, tapatumas, identifikacija, viltis, savęs projektavimas į ateitį" (p. 1637).

Dėl to, kad pažintinius reiškinius lengva nustatyti savistabos būdu, juos paprasta tyrinėti. Galimybė sistemingai tyrinėti paciento kognicijas daugelį bihevioristinės pakraipos autorių (pavyzdžiui, Mahoney, 1974; Michenbaum, 1974) paskatino tirti pažinimo procesų vaidmenį psichopatologijoje ir psichoterapijoje. Gausiuose pastarųjų metų darbuose pateikiama daug duomenų, pagrindžiančių kognityvinės terapijos principus. Galiausiai vis augantis susidomėjimas šiuo požiūriu sudarė daug galimybių pritaikyti jį gydymo praktikoje, kuri parodė kognityvinės terapijos veiksmingumą.

Atskleidžiant vidinę komunikaciją 2

Asmenybė yra ištisas kongresas, susidedantis iš vaikų, demagogų, komunistų, izoliacionistų, lobstančiųjų iš karo, atskalūnų, pataikūnų, karjeristų, lobistų, cezarių ir kristų, makiavelių ir judų, konservatorių, prometėjiškų revoliucionierių ir oratorių.

Henry Murray

SLAPTA ŽINUTĖ

Visi žinome, kad aplinkos ženklai ir signalai įvairiais būdais diktuoja mūsų elgesį ir jausmus. Sustojame degant raudonai šviesai, aplenkiame sprogdinimo vietas, protestuojame dėl neteisybės, džiūgaujame dėl pagyrimo ir kremtamės dėl priekaištų. Menkiau pažįstame vidinę signalų sistemą, atitinkančią išorinius signalus. Gaunamą informaciją apdoroja, iššifruoja ir interpretuoja savireguliacinė sistema, kurianti mūsų nurodymus, draudimus, pagyrimus ir priekaištus sau.

Sudėtinga išorės stimulų sistema kontroliuoja mus tik tiek, kiek dera su ją atitinkančia vidine psichologine sistema. Mūsų vidinė veikla gali neįleisti išorinių signalų arba suktis vien apie juos, visiškai atribodama mus nuo to, kas vyksta aplinkui. Didelis ar nuolatinis išorinės ir vidinės sistemų neatitikimas gali baigtis psichologiniais sutrikimais.

Daugelis emocinių sutrikimų požymių yra keisti ir, atrodo, prieštarauja sveiko proto dėsniams dėl reikiamos informacijos stokos. Kai pateikiami trūkstami duomenys, tyrėjas arba psicho-

terapeutas gali lengvai, taikydamas savo priemones, suprasti keisčiausią elgesį. Prasmių, jaustų į anomalių reakcijų audinį, atskleidimas yra intriguojantis užsiėmimas, padedantis daug geriau suprasti žmonių elgesį. Panagrinėkime šiuos vaizdžius atvejus iš klinikinės praktikos:

1) išėjusi pasivaikščioti moteris staiga suvokė, jog nutolo nuo namų per tris kvartalus, ir tuoj pat nualpo;

2) profesionaliam sportininkui imdavo spausti krūtinę ir smarkiai plakti širdis kiekvieną kartą, kai tekdavo važiuoti tuneliu. Jis gaudydavo orą ir manydavo, kad miršta;

3) populiarus rašytojas, pagirtas už kūrinius, karčiai apsiverkė.

Tokios keistos reakcijos paskatino įvairias psichoterapijos mokyklas ieškoti paaiškinimo, remiantis savo teorija. Pavyzdžiui, psichoanalitikai moters nualpimą nutolus nuo namų aiškino pasąmonės veikla: išėjus iš namų kyla išstumtas troškimas būti suviliotai ar išprievartautai (Fenichel, 1945). Toks troškimas sukelia nerimą, nes yra tabu.

Kita vertus, bihevioristai, remdamiesi sąlyginių emocinių reakcijų modeliu, nerimą aiškina kitaip. Jie daro prielaidą, kad kada nors gyvenime moteriai buvo kilusi reali grėsmė, nors kartu pati situacija buvo ir nepavojinga (kelionė iš namų). Dėl nepavojingo stimulo artimumo realiam pavojui moteriai susidarė sąlyginė reakcija į nepavojingą stimulą, pasireiškianti tokiu stipriu nerimu, koks kiltų atsidūrus realiame pavojuje (Wolpe, 1969).

Psichoanalitinį ir bihevioristinį moters nerimo aiškinimus diktuoja teorija. Jie abu nesiremia visa reikiama informacija. Kai įsiskverbiame į vidinę komunikacijos sistemą, primygtinai siūlosi kitoks paaiškinimas.

Kiekvienas iš minėtų pacientų suvokė savo mintis, įsiterpusias tarp įvykio ir nemalonios emocinės reakcijos. Kai asmuo įstengia užpildyti tarpą tarp pradinio įvykio ir emocinių pasekmių, keista

reakcija tampa suprantama. Pasipraktikavę žmonės sugeba pagauti tarp įvykio ir emocinės reakcijos šmėkštelinčias mintis ir vaizdus.

Prieš pat imant nerimauti, moteriai kilo tokios mintys. Suvokusi, kad nutolo nuo namų per kelis kvartalus, ji pagalvojo: „Aš tikrai toli nuo namų. Jei man kas nutiktų, nebesuspėčiau grįžti. Jei nugriūčiau gatvėje, žmonės praeitų pro šalį – jie manęs nepažįsta. Niekas man nepadėtų". Įvykių grandinėje, pasibaigusioje nerimu, buvo minčių apie pavojų.

Sportininkas, besiskundžiantis tunelio fobija, taip pat atsekė savo mintis, susijusias su pavojumi. Įvažiuodamas į tunelį, jis pagalvojo: „Šis tunelis gali užvirsti, ir aš uždusiu". Tada jis ėmė įsivaizduoti šiuos šiurpius įvykius ir iš karto pajuto spaudimą krūtinėje – tai suprato kaip dusimo požymį. Mintys apie uždusimą sukėlė dar daugiau nerimo, kuris pasireiškė pulso padažnėjimu ir oro trūkumu.

Apimtas depresijos rašytojas į pagyrimą sureagavo tokiomis mintimis: „Žmonės nebus man atviri. Jie *žino*, kad esu vidutinybė. Jie tik nenori pripažinti, kad esu toks, koks esu. Jie apsimetinėja, sakydami komplimentus". Jam išsakius šias mintis, jo priešiška reakcija į pagyrimą tapo suprantama: kadangi laikė savo darbą prastu, pagyros jam atrodė nenuoširdžios. Klaidinga išvada, kad jis negali palaikyti nuoširdžių santykių su kitais žmonėmis, vertė jį jaustis dar labiau izoliuotą ir prislėgtą.

Pagrindinės psichoterapijos mokyklos nepalaiko sąmoningos minties, kylančios tarp išorės įvykio ir tam tikro emocinio atsako, principo. Sąmoningų minčių išbraukimas iš teorinių samprotavimų yra neišvengiama atsisakymo tirti šį esminį informacijos šaltinį pasekmė. Tačiau asmenis ar pacientus nesunku išmokyti stebėti vidinius reiškinius įvairiose situacijose. Tada asmuo pastebi, kad mintis sujungia išorinį stimulą ir emocinį atsaką.

Žinome, kad asmuo gali netikėtai patirti emociją, kuriai nėra išorinės priežasties. Tokiais atvejais paprastai galima įsitikinti, kad emocinę reakciją nulėmė vientisas „kognityvinis įvykis" (t. y. mintis,

reminiscencija, vaizdas sąmonės sraute). Emocinių sutrikimų, tokių kaip depresija ar nerimo neurozės, atveju nuolatines nemalonias emocijas galima paaiškinti vyraujančiu kognityviniu srautu.

Daug mokslininkų bihevioristų prieštarauja nuomonei, kad mintys iš esmės nulemia emocines reakcijas. Kai kurie teigia, kad emocinį atsaką tiesiogiai sukelia išoriniai stimulai, o asmuo kognityviai įvertina įvykį tik retrospektyviai. Tačiau asmuo, kuris moka sekti savo mintis, visada gali pastebėti, kad jis situaciją interpretuoja *anksčiau* nei išgyvena. Pavyzdžiui, jis pamato į jį važiuojantį automobilį. Tada jis pagalvoja: „Jis partrenks mane" ir sunerimsta. Be to, asmeniui ėmus kitaip vertinti situaciją, keičiasi ir jo emocinė reakcija. Mergina pamanė, kad pro ją praėjęs draugas nepasisveikino. „Jis mane ignoruoja", pagalvojo ji ir nuliūdo. Žvilgtelėjusi dar kartą, ji suvokė, kad tai ne jos draugas, ir jos nuotaika pasitaisė.

Tiesą sakant, sunku suprasti, kaip asmuo gali reaguoti į įvykį, jo neįvertinęs. Reikšmingos aplinkos detalės, priešingai negu paprasti laboratoriniai dirgikliai, pavyzdžiui, skambutis arba odos dirginimas, naudojami bihevioristų eksperimentuose, paprastai yra sudėtingos. Nusprendžiant, ar situacija saugi ir nepavojinga, ar kitas asmuo draugiškas, ar ne, reikia pasitelkti protą: dažnai tik subtili užuomina parodo, ar jis juokauja, ar yra nusiteikęs priešiškai. Jei nebūtų kognityvinių procesų, pavyzdžiui, dirgiklių išskyrimo ir susiejimo, į įvykius reaguotume tiesiogiai. Ar juoktumės, ar verktume, ar nirštume, tai neturėtų ryšio su realiai vykstančiais dalykais. Tokius nepastovius atsakus numato elgesio teorija, pagal kurią emocinės reakcijos yra nulemtos atsitiktinių praeities sąlygų ir kyla, susiklosčius tokioms aplinkybėms, kurios praeityje atsitiktinai siejosi su emocijas žadinančia situacija.

Asmens kognicijų atskleidimo svarba darosi aiški, kai stengiamės suprasti keistas emocines reakcijas. Pastebime, kad akivaizdžiai neatitinkantis tikrovės ar perdėtas pyktis, nerimas ar liūdesys

remiasi tam tikru individo įvykio vertinimu. Šie vertinimai tampa svarbiausi emocinių sutrikimų atvejais.

AUTOMATINIŲ MINČIŲ ATRADIMAS

Mano suformuluotą kognicijų įtakos emociniams sutrikimams ir psichoterapijai sampratą geriau paaiškins autobiografinė pastaba. Daug metų praktikavau psichoanalizę ir psichoanalitinę terapiją, kol man dingtelėjo mintis, kad paciento kognicijos turi milžiniškos įtakos jo jausmams ir elgesiui. Visi mano pacientai buvo prašomi laikytis pagrindinės laisvųjų asociacijų metodo taisyklės („Paciento prašoma be atrankos sakyti viską, kas jam ateina į galvą" [Fenichel, 1945, p. 23]), ir dauguma gana gerai išmoko įveikti polinkį cenzūruoti savo mintis. Jie gana laisvai reiškė jausmus, troškimus ir patirtis, kurias dėl baimės būti pasmerktiems slėpė nuo kitų žmonių. Nors ir pripažindamas, kad pacientai vis dėlto tikriausiai negali pasisakyti visų savo minčių, buvau įsitikinęs, jog jų žodžiai labai gerai atspindėjo sąmoningą jų mąstymą.

Tačiau ilgainiui ėmiau įtarti, kad pacientai apie kai kurias mintis nekalba. Jie praleidžia jas ne dėl priešinimosi ar gynybos, o veikiau dėl fakto, kad niekada nebuvo mokomi susitelkti ties kai kuriomis savo mintimis. Žvelgdamas atgal, aiškiai suvokiu, kad tie mąstymo aspektai, kurie likdavo nepastebėti, iš tikrųjų turi lemiamą reikšmę suprantant psichologinių sunkumų esmę. Nors kiti psichoanalitikai galbūt ir yra aptikę šį turtingą medžiagos šaltinį, literatūroje jie to nėra paminėję.

Įvykis, kurį aprašysiu, sužadino mano susidomėjimą ir tolesnius šios žodžiais neišreikštos medžiagos tyrimus.

Vienas pacientas laisvųjų asociacijų metu piktai mane kritikavo. Po pauzės aš paklausiau, ką jis jaučia. Jis atsakė: „Jaučiuosi labai kaltas". Tuo metu buvau patenkintas, kad supratau psichologinių

įvykių seką. Pagal įprastą psichoanalitinį modelį tarp jo priešiškumo ir kaltės jausmo buvo paprastas priežasties ir pasekmės ryšys, t. y. jo priešiškumas tiesiogiai nulėmė kaltės jausmą. Pagal teorinę schemą nebuvo jokio reikalo į seką įterpti daugiau grandžių.

Bet tada pacientas neprašomas pasisakė, kad piktai kritikuodamas mane kartu nuolat kritiškai galvojo ir apie save. Jis paminėjo du vienu metu plaukiančių minčių srautus: vieną priešiškumo ir kritikos srautą, kurį jis išreiškė laisvai asocijuodamas, ir kitą, apie kurį nieko nebuvo sakęs. Tada jis pasakė, kokios buvo tos kitos mintys: „Aš ne taip pasakiau... neturėjau taip sakyti... aš neteisus jį kritikuodamas... aš blogas... aš jam nepatiksiu... aš blogas... kodėl aš toks šlykštus".

Būtent šis atvejis tapo pirmuoju aiškiu minčių srauto, tekančio šalia išsakomų minčių, pavyzdžiu. Suvokiau, kad paciento pykčio reiškimą ir kaltės jausmą siejo tam tikros mintys. *Tarpinės* mintys ne tik egzistavo, jos tiesiogiai paaiškino kaltės jausmą: pacientas jautėsi kaltas, nes kritikavo save dėl pykčio man išreiškimo.

Vėliau, patikrinęs tai su kitais pacientais, kurie daug mėnesių ir metų laikėsi laisvųjų asociacijų metodo taisyklių, išsiaiškinau, kad jie taip pat turi minčių srautus, apie kuriuos nieko nesako. Tačiau, priešingai negu pirmasis pacientas, daugelis jų nebuvo visiškai įsisąmoninę šių neišsakytų minčių, kol nepradėjo kreipti į jas dėmesio. Paprastai šios mintys skyrėsi nuo išsakomų tuo, jog atrodė automatiškos ir labai staigios. Siekdamas atskleisti neišreikštas mintis, skatinau pacientus ypač atidžiai įsiklausyti į tam tikras mintis ir pasakyti jas man. Šis dėmesio objekto pasikeitimas, kaip iliustruoja tolesnis pavyzdys, gana daug atskleidė.

Moteris, kuri skundėsi nuolatiniu nepaaiškinamu psichoterapijos seansų metu jaučiamu nerimu, pasakojo apie tam tikrus delikačius seksualinius konfliktus. Nepaisant nežymaus varžymosi, ji juos išsakė laisvai ir necenzūruodama. Man buvo neaišku, kodėl kiekvieno seanso metu ji jautė nerimą, todėl nusprendžiau nukreipti jos

dėmesį į mintis apie tai, ką ji sakė. Man pasiteiravus, ji suvokė, kad ignoravo šį minčių srautą, ir išsakė tokias mintis: „Aš neaiškiai kalbu... aš jam nusibodau... jis galbūt net nesiklauso, ką sakau... jam tai tikriausiai skamba kvailai...jis tikriausiai stengsis manimi atsikratyti".

Kai pacientė atkreipė dėmesį į šias mintis ir jas man išsakė, man pradėjo aiškėti nuolatinis jos nerimas seansų metu. Moters nesmagumas neturėjo nieko bendra su seksualiniais konfliktais, apie kuriuos ji pasakojo. Jos problemą paaiškino save vertinančios mintys ir mano reakcijos numatymas. Nors iš tikrųjų kalbėjo gana sklandžiai ir įdomiai, ji nuolat manė, kad nežino, ką pasakyti, ir yra nuobodi. Sugebėjusi aptikti ir ištaisyti nerealistines savo mintis, pacientė atsikratė nerimo per terapinius susitikimus.

Iš pradžių aš pastebėjau, kad automatinės mano pacientų mintys atrodė susijusios su perkėlimu, t. y. su tuo, kaip pacientas vertino tai, ką sakė ar ketino pasakyti seanso metu, ir kokios mano reakcijos tikėjosi. Vėliau pacientai pripažino, kad jiems tokių minčių kyla ir bendraujant su kitais žmonėmis. Darėsi vis aiškiau, kad pacientai, patys to nesuvokdami, nuolat bendravo su savimi ir ne terapijos, ir seansų metu. Įsiklausydami į „vidinę komunikaciją", galėjome tiksliau apibrėžti svarbiausius paciento sunkumus. Pavyzdžiui, moteris, maniusi, kad man nusibosta, suvokė, jog panašios mintys jai kyla beveik visuose tarpasmeniniuose santykiuose.

Siekiant turėti naudos iš šio turtingo informacijos šaltinio, buvo būtina išmokyti pacientus stebėti neišsakomų minčių srautą. Kadangi jau buvau atradęs, kad neišsakomos mintys kyla anksčiau už emocijas, nurodžiau pacientams: „Kaskart patirdami nemalonų jausmą ar pojūtį stenkitės prisiminti, kokios mintys jums kilo prieš jį patiriant". Šis nurodymas padėjo jiems geriau įsisąmoninti savo mintis, ir galiausiai jie išmoko atpažinti tas mintis *prieš* patirdami emocijas. Kadangi atrodė, jog šios mintys kyla automatiškai ir itin staiga, pavadinau jas „automatinėmis mintimis". Kaip pamatysime

tolesniuose skyriuose, automatinių minčių atskleidimas suteikė daug medžiagos emocinėms būsenoms ir sutrikimams suprasti.

Siekiant stebėti automatines mintis susidurta su dilema. Paisydami mano kaip psichoanalitiko reikalavimų, pacientai laikėsi pagrindinės psichoanalizės taisyklės ir teikė įprastą tokiems pacientams medžiagą. Šį faktą patvirtino mano konsultantai psichoanalizės institute, kartu su manimi apžvelgdavę pažodinį mano pacientų laisvųjų asociacijų įrašą. Tačiau standartinis laisvųjų asociacijų pabrėžimo, cenzūros įveikimo ir pasipriešinimo interpretavimo metodas netiko automatinėms mintims (išskyrus tuos atvejus, kuriuos aprašiau anksčiau).

Geriau apsvarstęs problemą padariau išvadą, kad mano pacientai iš tikrųjų kaip reikiant nesusitelkdavo į sąmonės srautą. Jie pateikdavo medžiagos, susijusios su kasdieniais sunkumais, svajonėmis ir prisiminimais; jie pasakojo apie savo patyrimą; šokinėjo nuo vienos minties prie kitos asociacijų grandinėje. Bet jie nesusitelkė vien ties savo minčių stebėjimu ir išsakymu. Galiausiai tapo akivaizdu, jog daug dalykų iš tų, apie kuriuos jie pasakojo, buvo daugiau grindžiami spėlionėmis, ką jie „turi galvoti", nei tiksliu savo mąstymo stebėjimu.

Kodėl įprastinės laisvosios asociacijos neatskleidžia automatinių minčių? Vienas iš galimų paaiškinimų yra tai, kad žmonės vienaip įpratę kalbėtis su savimi, bet visai kitaip su kitais. Net jei vidiniai signalai daro stiprią įtaką, pacientas per visą gyvenimą yra įpratęs nekreipti į juos dėmesio. Nepaliaujamai interpretuodamas (ar klaidingai interpretuodamas) įvykius, stebėdamas savo elgesį, numatydamas ir darydamas apibendrinimus apie save, jis nuolat siunčia sau signalus arba bendrauja su savimi. Gėda ar nerimas netrukdo jam išsakyti šių minčių. Veikiau jis nevisiškai įsisąmonina savo automatines mintis arba jam neatrodo, kad šios mintys vertos itin daug dėmesio. Pacientas jas išsako tik paprašytas susitelkti ties jomis.

Kai pacientas labiau sutrikęs – kaip sunkios depresijos atveju – šios mintys ryškesnės. Tiesą sakant, jų buvimą aš geriau supratau būtent bandydamas atskleisti labai depresiškų pacientų minčių turinį. Taip pat pastebėjau, kad automatinės mintys įkyriau persekiodavo obsesinių sutrikimų turinčius pacientus.

AUTOMATINIŲ MINČIŲ PRIGIMTIS

Kai susidomėjau automatinėmis mintimis, ėmiau kaskart prašyti pacientų stebėti jas laisvai asocijuojant ir pranešti man. Taip pat skatinau juos užrašinėti tokias mintis, jei jos kildavo ne psichoterapijos metu. Apžvelgdamas šias mintis, buvau priblokštas jų – išsakytų įvairių pacientų – panašumo.

Praktiniu požiūriu, tikslus automatinių minčių apibrėžimas išvadavo mane – taip pat ir pacientą – nuo spėliojimo, ką jis „turi galvoti", ir įgalino labai tiksliai nustatyti tikrąsias jo mintis. Šį principą puikiai iliustruoja kitas atvejis.

Moteris kalbėjo apie matytą filmą, išsakydama kylančias asociacijas. Pasakodama filmo siužetą, ji pasijuto neramiai. Man paklausus, dėl ko ji nerimauja, moteris atsakė: „Manau, kad visos agresyvios scenos mane sudirgina". Šį spėjimą nulėmė jos žinomas psichoanalitinės teorijos teiginys, kad agresija sukelia nerimą. Kai pasiteiravau, ar prieš pajusdama nerimą nebuvo pagalvojusi ko nors kita, ji atsakė: *„Dabar supratau!* Pagalvojau, kad jūs kritiškai žiūrite į mano pomėgį švaistyti laiką kine. Būtent tai sukėlė man nerimą".

Ne kartą įsitikindavau, kad automatinės mintys praslys beveik nepastebėtos, jei pacientų nebus prašoma ties jomis susitelkti. Tačiau kreipdamas dėmesį į šias mintis pacientas gali jas atpažinti. Kaip jau sakyta, kuo didesnis paciento sutrikimas, tuo ryškesnės automatinės mintys. Pacientui taisantis, automatinės mintys tampa

ne tokios ryškios; paciento būklei blogėjant, mintys tampa vėl akivaizdesnės.

Daugelio pacientų išsakytos automatinės mintys turėjo daug panašumo. Paprastai jos nebuvo miglotos ir neaiškios, veikiau specifiškos ir *diskrečios*. Jos atrodė kaip stenograma, t. y. išryškėdavo tik esminiai sakinio žodžiai – kaip telegramoje. Be to, šios mintys kildavo ne iš įvykio ar temos svarstymų, nagrinėjimo arba refleksijos. Nebuvo ir loginės žingsnių sekos kaip tikslingai mąstant ar sprendžiant problemas. Šios mintys „tiesiog atsitikdavo" kaip refleksas. Jos atrodė gana *autonomiškos* ta prasme, kad pacientas nedėdavo pastangų joms atsirasti, ir, ypač didesnių sutrikimų atvejais, jas būdavo sunku „išjungti". Atsižvelgiant į nevalingą pobūdį jas būtų galima pavadinti ir „autonominėmis mintimis".

Be to, pacientai buvo linkę laikyti šias mintis *tikėtinomis* ar protingomis, nors pašaliniams jos galėjo atrodyti ir keistos. Pacientai neabejojo jų pagrįstumu ir netikrino jų tikroviškumo ar logikos. Žinoma, daugelis šių minčių buvo tikroviškos. Bet dažnai pacientas būdavo linkęs tikėti nerealistinėmis mintimis, net jei anksčiau būdavo nusprendęs, kad jos nepagrįstos. Jei pacientas skirdavo laiko apmąstyti jų pagrįstumui ar aptardavo tai su manimi, jis dažniausiai nuspręsdavo, kad jos nepagrįstos. Tačiau kitą kartą kilus tai pačiai automatinei minčiai, jis būdavo linkęs priimti ją už gryną pinigą.

Žodžiai, išreiškiantys šias mintis, priklausydavo nuo aplinkybių, bet tema būdavo ta pati. Tačiau tai nebuvo tipinės pasikartojančios įkyrumų neurozėmis sergančiųjų mintys. Pavyzdžiui, depresija sergantis pacientas galvodavo (šitai priklausė nuo to, su kuriuo asmeniu tuo metu jis būdavo), kad jo motina kritiškai vertina jo elgesį ar drabužius, darbdavys nepatenkintas jo darbu, žmona niekina jo pastangas mylėtis, o terapeutas menkina jo protą. Šios negatyvios mintys kildavo nepaisant tam prieštaraujančių faktų. Kad ir kiek kartų šių minčių nepagrįstumą įrodydavo išorinis

patyrimas, jos neišnykdavo, kol pacientas neišsigydydavo depresijos.

Taip pat pastebėjau, kad automatinių minčių turinys, ypač tų, kurios kartojasi ir, kaip atrodo, yra pačios reikšmingiausios, buvo *idiosinkretiškas*. Jos būdavo būdingos ne tik tam tikram pacientui, bet ir kitiems ta pačia liga sergantiems žmonėms. Mintys buvo artimesnės paciento sunkumams, taigi ir naudingesnės psichoterapijai už daugelį dalykų, apie kuriuos pacientus pasakodavo laisvai asocijuodamas. Kaip minėta, šios mintys kildavo anksčiau už emocijas. Anksčiau pateiktame pavyzdyje pacientės nerimą sukėlė automatinės mintys, o ne konkretaus filmo turinio apmąstymai. Galiausiai šios mintys labiau iškreipdavo tikrovę nei kiti mąstymo būdai.

Toliau dirbant su pacientais išaiškėjo, kad vidiniai lingvistiniai ar vizualiniai signalai turi didelės reikšmės elgesiui. Būdas, kuriuo žmogus save stebi ar sau nurodo, giria save ir kritikuoja, interpretuoja įvykius ir numato, nušviečia ne tik normalų elgesį, bet ir vidinį emocinių sutrikimų veikimą.

SAVĘS STEBĖJIMAS IR NURODYMAI SAU

Didelę to laiko, kai nemiega, dalį žmonės stebi savo mintis, norus, jausmus ir veiksmus. Individui vertinant elgesio alternatyvas, veiksmus ir priimant sprendimus, viduje kartais vyksta ginčas. Platonas pavadino šį reiškinį „vidiniu dialogu".

Savęs stebėjimas būdingas kai kurioms neadaptyvioms reakcijoms. Pernelyg dėmesingas stebėjimas gali būti drovumo ir susivaržymo priežastis ar netgi baigtis visišku susikaustymu. Perspėjantys signalai trukdo spontaniškai reikšti save. Šis reiškinys ypač išryškėja scenos baimės atveju, kai trukdo daugybė įspėjančių signalų ir draudžiančių nurodymų sau. Įkyrumų neurozės atveju vidiniai ginčai gali paralyžiuoti veiksmus.

Individams gali ir *trūkti* savo minčių ir impulsų stebėjimo. Jo

stoka būdinga besaikio rūkymo ar persivalgymo atvejais. Individas ištrina iš sąmonės savo veiksmų pasekmes. Kai kurie persivalgėliai ar alkoholikai gali blokuoti savęs stebėjimą iki tokio lygio, kad nebepastebi – ar tik labai miglotai pastebi – kada pradeda valgyti ar gerti.

Situacijos tyrinėjimo, ginčo ir sprendimo priėmimo seka logiškai veda prie nurodymo sau – žodinės elgesį kreipiančios žinutės. Dažniausiai žmonės duoda sau nurodymus siekdami konkrečių specifinių tikslų. Studentas primena sau, kad laikas mokytis; artistas padaro pauzę plojimams. Nurodymai sau ir savęs vertinimas praverčia ir platesniems tikslams, pavyzdžiui, stengiantis būti geru tėvu, įgyti turto, galios ar populiarumo. Kai asmuo daug jėgų skiria tam tikram tikslui pasiekti, atitinkami nurodymai virsta raginimais, komandomis ar priekaištais sau. Šie raginimai ir nurodymai sau, net ir esant normaliai būsenai, gali varginti.

Daugelio sutrikimų atvejais nurodymai sau gali pernelyg padažnėti – asmuo nuolat save gena. Ši savybė ginti save vidiniais raginimais būdinga „maksimalistams" ir ankstyvosioms arba nesunkioms depresijos formoms. Karen Horney (1950) apibūdino pernelyg aktyvią komandų sau sistemą kaip „prievolių tironiją". Prieštaringos „prievolės" gali būti būdingos neryžtingiems ir sergantiems įkyrumų neuroze žmonėms.

Kitokio tipo nurodymai sau būdingi vengimo ir veiksmų blokavimo atvejais. Tokie žmonės į žalingas situacijas reaguoja mintimis apie vengimą. Susidūrę su užduotimi, kuri jiems atrodo nuobodi ar kebli, jie pagalvoja: „Neužsiimk tuo". (Įveikti šį priešinimąsi gali prireikti daugiau valios nei užduočiai įvykdyti.) Panašiai, jei žmonės mano, kad tam tikras veiksmas sukels jiems pavojų, jie gali uždrausti sau atlikti tą veiksmą.

Mintys apie pabėgimą ir vengimą ypač būdingos nerimastingų ir depresiškų pacientų mąstymui. Nerimastingas pacientas suvokia pavojų ir, nepasitikėdamas savo gebėjimu jį įveikti, trokšta pabėgti

į saugią aplinką ir mąsto apie tai. Depresiškas pacientas įprastą gyvenimo rutiną laiko varginančia ir ieško, kaip atsiriboti nuo gyvenimo sunkumų. Nuo įsivaizduojamo nesmagumo jis pasitraukia į nejudrumą ar pasyvumą.

Kita vertus, įpykusio asmens nurodymai sau skatina imtis veiksmų prieš įžeidžiantį objektą: „Atsilygink jam", „Atsikratyk jo", „Neleisk jam taip išeiti". Piktą, paranojišką pacientą į panašius veiksmus gali pastūmėti išsigalvoti įžeidimai.

Savęs baudimas ir apdovanojimas taip pat susiję su nuorodomis sau. Jei žmogus savo elgesyje ar veiksmuose mato trūkumų, jis gali užtvindyti save apgailestavimais ir priekaištais. Jis netgi gali apibendrintai įvertinti save kaip blogą, netikusį ar nieko nevertą. Galimas šitokių priekaištų sau rezultatas – kaltės jausmas ar liūdesys. Tokios reakcijos, žinoma, gali pereiti į patologines būsenas, pavyzdžiui, depresiją, kurios metu priekaištai sau ir savikritika vyrauja.

Savęs baudimo ir apgailestavimų priešybė yra savęs apdovanojimas. Didžiuodamasis savo laimėjimais arba už juos giriamas asmuo gali galvoti: „Tu esi šaunus, tikrai vertas pagyrimo. Štai ir vėl pasisekė!" Tačiau reikalams pablogėjus, jis linkęs save bausti. Žmogus galvoja: „Atrodai kvailys. Tu tikrai ne toks protingas, kaip įsivaizdavai. Visi laiko tave mulkiu. Neturi ką pasiūlyti nei sau, nei kitiems".

NUMATYMAI

Numatymo įtaka jausmams ir veiksmams daug didesnė nei pripažįstama. Asmens patyrimo prasmę didele dalimi lemia tai, kokių jis tikisi trumpalaikių ir galutinių to patyrimo pasekmių (Kelly, 1955). Ar žmogus mokosi, ar kalbasi, ar dirba, jo nuotaiką ir motyvaciją pakelia teigiami ir prastina neigiami lūkesčiai.

Numatymai gali įgauti vizualinę formą. Fiziškai sergantį asmenį palaiko ryškios svajonės apie atgautą sveikatą ir energingą gyvenimą. Nerimastingas asmuo, susidūręs su nežinoma situacija, gali įsivaizduoti nelaimę. Depresiški pacientai dažnai įsivaizduoja, kad viskas, ko jie imsis, nepasiseks (Beck, 1970c).

Socialinėse situacijose individas gali mėginti „registruoti", kaip žmonės į jį reaguoja, ir šio vertinimo pagrindu numatyti, ką kiti apie jį manys. Jis klausia savęs: „Ar jiems patiks, ką aš sakau? Gal jie nuspręs, kad aš kvailys? Ar jie mane pagirs? Gal jie išjuoks mane?" Paprastai jis linkęs reakciją į save laikyti ilgalaikės nuostatos užuomazga. Socialinio įvaizdžio vertinimas pagrįstas daugiausia tuo, kaip asmuo suvokia kitiems daromą poveikį. Jo socialinio įvaizdžio samprata gali pažeisti Aš vaizdą. „Jei aš fiziškai nepatrauklus ar nemoku bendrauti, nepatiksiu žmonėms ir būsiu nieko vertas".

TAISYKLĖS IR VIDINIAI SIGNALAI

Aptariant automatines mintis natūraliai kyla klausimas: kokie yra bendrieji šių vidinių signalų formavimosi principai? Iš patirties žinome, kad tapačiomis aplinkybėmis žmonės gali elgtis labai skirtingai. Pastebime, kad jie skirtingai interpretuoja situaciją ir akivaizdžiai duoda sau kitokias „instrukcijas". Be to, pastebime, kad asmuo linkęs vienodai reaguoti į įvairias situacijas, kurios tam tikrais svarbiais požiūriais yra panašios. Jo reakcijos gali tapti tokios numatomos, kad dažnai asmeniui priskiriame charakterio savybes: „Jis drovus ir baikštus", „Jis nejautrus ir agresyvus".

Matant tokį reakcijų nuoseklumą peršasi mintis, kad kiekvienas asmuo turi keletą bendrų taisyklių, kurios valdo jo reakciją specifinėse situacijose. Šios taisyklės ne tik valdo išorinius jo veiksmus, bet ir nulemia jo interpretacijas, lūkesčius ir nurodymus

sau. Be to, taisyklės nulemia ir standartus, pagal kuriuos jis sprendžia apie savo veiksmų efektyvumą ir tinkamumą bei savo vertę ir patrauklumą. Asmuo vadovaujasi taisyklėmis, siekdamas tikslų, saugodamasis fizinės ir psichologinės žalos, išlaikydamas stabilius santykius su kitais.

Akivaizdžiausios taisyklės yra standartai ir apribojimai. Asmuo naudojasi mintiniu taisyklių rinkiniu rinkdamasis savo veiksmus ir vertindamas save ir kitus. Jis pritaiko taisykles, spręsdamas, ar jo ir kitų asmenų elgesys „teisingas", ar „klaidingas", vadovaujasi jomis ir įvertindamas elgesio sėkmingumą. Remdamasis šiais standartais ir principais, jis nurodo sau (ar kitiems), kaip elgtis konkrečioje situacijoje. Galų gale jis gali įvertinti atsakomąją reakciją į savo veiksmus, reikiamai juos koreguoti ir pagirti ar kritikuoti save už juos.

Taisyklės mums praverčia ne tik kaip elgesio vadovas, jomis remiasi ir gyvenimo situacijų vertinimo sistema. Taisyklių rinkinyje yra kodų sistema, padedanti nustatyti stimulų ir įvykių prasmes. Konkrečios taisyklės taikomos atliekant aritmetinius skaičiavimus, skaitant žemėlapius, įvardijant objektus. Šios taisyklės susideda iš lygčių, formulių ir prielaidų, padedančių žmogui sutvarkyti, klasifikuoti ir apibendrinti žinias apie tikrovę taip, kad jis gautų prasmingas išvadas.

Taip pat naudojamės kodu, stengdamiesi suvokti sudėtingą situaciją. Kai asmuo ką nors mums sako, ne tik bandome dešifruoti žinutę, bet ir įžiūrime labai asmenišką (privačią) komunikacijos prasmę: sprendžiame, ar kitas asmuo mus įžeidžia, ar mes jį įžeidžiame, ar reikėtų atsikirsti, ar pasitraukti.

Toliau pateikiamas pavyzdys rodo, kaip asmeninis situacijos aiškinimas priklauso nuo skirtingų taisyklių, kurias taiko du asmenys. Pavyzdys taip pat iliustruoja, kokius skirtingus jausmus ir elgesio būdus sužadina skirtingos taisyklės.

Dėstytojas tarstelėjo dviem studentėms (*A* ir *B*), kurios

šnekučiavosi jo seminaro metu: „Jei turite ką pasakyti, pasidalykite su visais, jei ne – patylėkite". *A* piktai atsakė, kad ji tiesiog stengėsi išsiaiškinti tai, apie ką kalbama. Atviros toliau vykusios diskusijos metu ji vis užduodavo dėstytojui klausimų iš jo dėstytos medžiagos ir smarkiai kritikavo jo požiūrį. *B* mergina, kuri paprastai aktyviai dalyvaudavo diskusijose seminarų metu, po dėstytojo pastabos atrodė liūdna ir užsidariusi ir pratylėjo visą likusį laiką.

Skirtingą dviejų merginų reakciją galima suprasti, turint galvoje skirtingas taisykles, pagal kurias jos išsiaiškino situaciją ir kurios nulėmė išorines reakcijas. *A* mergina dėstytojo pastabą išsiaiškino taip: „Jis bando mane kontroliuoti. Jis elgiasi su manimi kaip su vaiku". Emocinis jos atsakas buvo pyktis. Bendroji taisyklė, nulėmusi šią interpretaciją, buvo tokia: „Autoritetų pastabos = dominavimas ir menkinimas". Sau ji nurodė: „Atsikirsk jam". Taisyklė, slypėjusi už jos keršto: „Turiu atsilyginti žmonėms, kurie su manimi prastai elgiasi".

B merginos interpretacija: „Jis pagavo mane blogai elgiantis. Aš jam nebepatiksiu". Emocijos: gėda ir liūdesys. Taisyklė: „Autoriteto pastabos = demaskavimas ir silpnumo, kaltės, menkumo jausmas. Pastaba = nepritarimas". Nurodymas sau: „Reikia patylėti". Taisyklė: „Jei tylėsiu, neįžeisiu". Taip pat: „Tylėjimas parodys mano apgailestavimą dėl nemandagaus elgesio".

Šis pavyzdys rodo, kaip žmonės veikia pagal savo specifines taisykles. Abi merginos, vertindamos dėstytojo pastabą, rėmėsi kitokiomis taisyklėmis, taigi ir kitaip ją interpretavo. Kitokios taisyklės nulėmė ir specifinius nurodymus sau dėl tolesnio bendravimo su dėstytoju bei priešingas išvadas. Išorinis jų elgesys tiesiog išreiškė galutinį vidinių signalų rezultatą.

Taigi šios taisyklės praverčia kaip standartai vertinant, skatinant ar draudžiant elgesį, jos taikomos ir sprendžiant apie kitų žmonių elgesio tinkamumą, teisėtumą ir priimtinumą. Remdamasis šiomis taisyklėmis, standartais arba principais, individas įvertina kitų

žmonių veiksmų reikšmę ir išsiaiškina kitų nuomonę apie jo veiksmus.

Iš kur kyla šios taisyklės? Žinome, kad žmonės taisyklingai kalba ir prieš išmokdami gramatikos taisyklių. Ankstyvojoje vaikystėje jiems neaiškinama taisyklė, kad reikia laikytis žodžių tvarkos „veiksnys, tarinys, papildinys" (pavyzdžiui, „Aš noriu savo buteliuko"). Jie padaro apibendrinančias išvadas iš savo konkrečios patirties. Taip pat jie bendrauja visuomenei priimtinu būdu dar nežinodami aiškiai suformuluotų elgesio taisyklių. Kadangi taisyklės yra socialinio paveldo dalis, jas tikriausiai perimame pirmiausia stebėdami kitus žmones, taip pat remdamiesi asmeniniu patyrimu. Visai nesunku pamatyti, kaip bendrosios taisyklės („Būk mandagus" arba „Gink savo teises") pritaikomos konkrečioje situacijoje ir nulemia specifinį elgesį. Panašiai galime stebėti, kaip taisyklė nulemia situacijos interpretaciją.

Taisyklių veikimą galima lyginti su silogizmais, kuriuos nagrinėja logika. Pavyzdžiui, *A* ir *B* merginos remiasi taisykle (didžiąja prielaida): „Visos autoritetingo asmens pastabos yra kritika". Mažoji prielaida: „Dėstytojas daro man pastabą". „Taigi, – daroma išvada, – dėstytojas mane kritikuoja". Iš tikrųjų asmuo pirmosios prielaidos sau neformuluoja. Prielaida yra jo kognityvinės sistemos dalis, kaip ir taisyklės, pagal kurias jis sudaro sakinius, ar taisyklės, pagal kurias skiriami gyvūnai nuo augalų. Nelygu aplinkybės, asmuo gali turėti arba neturėti konkrečių minčių apie specifinį atvejį. Bet kuriuo atveju jis suvokia išvadą. Išvada gali vyrauti arba būti trumpalaikė kaip anksčiau aprašytos automatinės mintys.

Gydytojui praktikui ypač reikšmingos taisyklės ir taisyklėmis grįsti silogizmai, nes padeda paaiškinti neprognozuojamą, nelogišką elgesį ir nenormalias emocines reakcijas. Ketvirtame skyriuje pamatysime, kad taisyklės, kurios neatitinka tikrovės arba taikomos pernelyg uoliai ir šališkai, dažnai sukelia psichologinių ar tarpasmeninių sunkumų.

3 Prasmė ir emocijos

Žmones jaudina ne reiškiniai, o jų požiūris į reiškinius.

Epiktetas

PRASMĖS PRASMĖ

Kodėl tiek daug žmogaus prigimtį ir jos nukrypimus nuo normos studijuojančių žmonių nusigręžia nuo sąmoningų prasmių? Prasmė praturtina gyvenimą: ji paverčia paprastą įvykį patirtimi. Tačiau šiuolaikinės psichologijos ir psichiatrijos sistemos arba visai neatsižvelgia į prasmę, arba nukrypsta į kraštutinumus ir ieško ezoterinių prasmių. Biheviorizmas apeina mintis ir „mentalines sąvokas". Klasikinė psichoanalizė, nepatenkinta „paviršutiniškomis" prasmėmis, pabėga į kruopščiai sukonstruotą simbolinių prasmių, priešingų sveiku protu suvokiamai įvykio prasmei, sistemą.

Nors ir daug kuo skirdamiesi, bihevioristai ir psichoanalitikai panašūs savo nenoru priimti už gryną pinigą paciento pateikiamą savo psichologinių procesų apibūdinimą; abi mokyklos skeptiškai žiūri į „sveiku protu" paremtą elgesio aiškinimą. Bihevioristai atmeta žmonių pasakojimus apie „subjektyvią" jų patirtį kaip nepatikimus, nes patirties negali patikrinti kiti stebėtojai. Psichoanalitikai daro prielaidą, kad sąmoningas mąstymas yra paprasčiausias nesąmoningų galių, kurios veikia, siekdamos užmaskuoti „tikrąją" įvykių prasmę, produktas. Neuropsichiatrai tenkinasi samprata, kad „už kiekvienos suktos minties yra sukta

molekulė". Psichologinė nukrypimo nuo normos prasmė jų nedomina.

Priešingai nepalenkiamų bihevioristų ir neuropsichiatrų nuostatoms ir abstrakčiam klasikiniam psichoanalitiniam požiūriui, kognityvinio požiūrio šalininkai atsižvelgia į sąmoningas prasmes ir išorinius įvykius. Žmonių pasakojimai apie savo mintis, jausmus ir norus tampa žaliava kognityviniam modeliui. Be to, įvairūs jų pateikiami įvykių aiškinimai priimami kaip pamatiniai duomenys – o ne kaip paviršutinė „gilesnių" prasmių priedanga, kaip teigia psichoanalitikai. Kartais būtina atsijoti automatines mintis ir kitus savistabos duomenis, kad išryškėtų vidinė prasmių ir konotacijų sistema. Formuluotė tada „matuojama" ir gali būti perdirbama, kol pacientas nusprendžia, kad ji atitinka jo specifinį tikrovės modelį.

Kad suprastume emocines reakcijas į įvykius, būtina skirti žodyno nurodomą arba „visiems bendrą" reiškinio prasmę ir asmeninę arba privačią jo prasmę. Visiems bendra prasmė yra formalus, objektyvus įvykio apibrėžimas – nesusijęs su asmenine prasme ar konotacija. Berniuką erzina draugai. Objektyvi šio įvykio prasmė – paprasčiausias pykdymas. Erzinama berniukui asmeninė prasmė yra sudėtingesnė, pavyzdžiui, „Aš jiems nepatinku" arba „Aš silpnas". Nors berniukas suvokia šią ypatingą prasmę, dažniausiai ją slepia nuo kitų, nes žino, kad, išsakęs savo asmenines reakcijas atvirai, gali sulaukti dar dažnesnio draugų erzinimo. Mergaitė, kuri mokosi geriausiai visoje klasėje, galbūt galvoja: „Aš geresnė už kitus mokinius", bet ji tikriausiai tai nutylės, kad nenuteiktų prieš save klasės draugų. Ypatingos prasmės atsiranda, kai įvykis susijęs su svarbiu paciento gyvenimo aspektu, pavyzdžiui, draugų pripažinimu, bet dažnai jos lieka asmeninės ir neišreikštos.

Privačios prasmės dažnai būna nerealistiškos, nes asmuo neturi galimybės patikrinti jų autentiškumo. Tiesą sakant, dažnai tik pacientams atskleidus jas psichoterapeutui, atsiranda pirma proga panagrinėti šias paslėptas prasmes ir patikrinti jų pagrįstumą. Sėkmingai dirbantis maždaug penkiasdešimt penkerių metų

pardavėjas pajunta stiprų nerimą, sužinojęs, kad jam reikia gultis į ligoninę dėl plaučių uždegimo. Nors jis kaip ir visi supranta, kad ligoninė yra vieta ligoms gydyti, asmeninis jo įsivaizdavimas sukasi (tai atskleidžia automatinės jo mintys) apie nuskausminimą, supjaustymą ir išsiuntimą į lavoninę. Jo nerimą sukėlė asmeninė prasmė, o ne visuomenėje priimtas ligoninės apibrėžimas.

Kartais pastebime, kad asmens reakcijos į įvykį yra visiškai netinkamos arba tokios stiprios, kad atrodo nenormalios. Paklausinėję dažnai nustatome, kad asmuo klaidingai interpretavo situaciją. Klaidingas interpretavimas priklauso nuo klaidingų prasmių, kurias asmuo priskiria situacijai. Interpretacijas, kurios nuolat atitrūksta nuo tikrovės (o ne paprasčiausiai grindžiamos klaidinga informacija), galima pagrįstai vadinti nukrypusiomis nuo normos. Kaip pamatysime, nukrypusios nuo normos prasmės nulemia kognityvinius iškraipymus, kurie yra emocinių sutrikimų esmė.

Asmuo gali susitelkti ties savo minčių ar vaizdinių srautu, užplūstančiu įvykio metu, kad atskleistų asmeninę jo prasmę. Pavyzdžiui, medicinos studentas, operacijos metu pamatęs kraujuojantį ligonį ir patyręs siaubą, iš pradžių negalėjo suprasti savo perdėtos reakcijos. Tačiau pasirausęs atmintyje jis prisiminė, kad kartą įsivaizdavo *save* kraujuojantį ir pagalvojo: „Tai gali atsitikti ir man!" Fantazija ir mintis, o ne ligonio vaizdas, buvo svarbiausias veiksnys, sukėlęs siaubą. To paties vaizdo stebėjimas kitose operacijose nebesukėlė nei nemalonių jausmų, nei vaizdinių.

Prasmės, reikšmės ir vaizduotė sudaro vadinamąją „vidinę tikrovę". Psichoanalitikai nepagailėjo Heraklio pastangų jai tyrinėti, tačiau, atsisakydami priimti paciento sakomas mintis už gryną pinigą, mąstymo medžiagą pavertė iš teorijos išvestais konstruktais. Net kai prasmės nesugaunamos, atidi savistaba ir vidinio patyrimo atpasakojimas padeda geriau įsisąmoninti nenutrūkstantį vaizdinių ir minčių srautą. Šį kognityvinį srautą apibūdinau antrame skyriuje.

KELIAS Į EMOCIJAS

Jau minėta, kad sveiku protu paremti stebėjimai ir apibendrinimai sudaro gamtos mokslų pagrindą. Šie apibendrinimai kyla iš nustatyto priežastinio ryšio tarp įvykių ir fizinių reiškinių: jei pašaliname objekto atramą, jis nukrinta. Panašius santykius galima nustatyti ir formuluojant mokslinį požiūrį į psichologinius reiškinius. Tačiau, priešingai nei ankstyvųjų gamtos mokslų atveju, svarbiausi duomenys čia yra subjektyvūs ir intrapsichiniai, o ne objektyvūs ir išoriniai. Tik asmuo, kuris iš tikrųjų patiria jausmą, mintį ar vaizdinį, gali stebėti savo vidinius reiškinius ir apie juos papasakoti. Hipotetinius santykius tarp psichologinių reiškinių, nustatytus tam tikro asmens atveju, galima patvirtinti, lyginant su atitinkamais kitų žmonių pasakojimais. Taip apibendrinimai po truputį tobulinami. Be to, aiškindamiesi bendrumus ir skirtumus tarp individų, galime nustatyti ir žingsnius nuo išorinių, objektyvių įvykių prie specifinių minčių ar emocinių reakcijų.

Aptarkime pavyzdį, kaip tam tikras išorinis įvykis sužadina prasmę skirtingiems žmonėms. Mokytoja pasakė klasei, kad gabus mokinys Tonis gavo prastą pažymį už kontrolinį darbą. Vienam mokiniui buvo malonu, jis pagalvojo: „Aš protingesnis už Tonį". Tonio geriausias draugas nuliūdo, kaip ir Tonis: jis atjautė Tonio nesėkmę. Kitas mokinys išsigando: „Jei Toniui nepasisekė, man tikriausiai taip pat nepasisekė". Dar kitas mokinys įsiuto ant mokytojos: „Ji tikriausiai neteisingai vertino, jei parašė Toniui blogą pažymį". Būdama „neteisinga" vienam mokiniui, mokytoja sulaužė pagrindinę taisyklę, taigi galėjo būti neteisinga ir kitiems. Galiausiai mokinys, kuris tik laikinai dalyvavo pamokoje, emociškai visiškai nesureagavo: jam Tonio pažymys neturėjo ypatingos prasmės.

Šis pavyzdys rodo esminį ryšį: specifinis įvykio interpretacijos turinys lemia specifinį emocinį atsaką. Be to, remdamiesi daugelio panašių pavyzdžių tyrimais, galime apibendrinti, kad nuo to, kaip

asmuo išsiaiškins įvykį, priklausys, ar jis jausis patenkintas, liūdnas, išsigandęs, ar piktas – ar išvis emociškai nesureaguos.

Skirtingos asmeninės įvykio prasmės ne tik paaiškina emocinių reakcijų į tą pačią situaciją įvairovę, bet ir tiesiogiai padeda suprasti emocinius sutrikimus. Asmens, kuris įvykiui priskiria nerealistišką arba neįprastą prasmę, emocinis atsakas veikiausiai bus keistas ar perdėtas. Lovoje gulintis vyras, įsivaizduojantis, kad kiekvienas triukšmas – tai vagies įsilaužimas, jaus stiprų nerimą. Jie jis nuolat nežalingus stimulus aiškinsis kaip pavojaus signalus, jam gali prasidėti nerimo neurozė.

Teiginys, kad specifinė įvykio prasmė nulemia emocinį atsaką, sudaro kognityvinio emocijų ir emocinių sutrikimų modelio esmę: kognicijoje – mintyje arba vaizdinyje – yra prasmė. Kartais kognicija gal būti tik konotacija arba vertinanti nuomonė, tokia kaip „baisu" arba „nuostabu". Dažnai galima pastebėti, kad tam tikra emocija neturi ryšio su išoriniais tuo laiku vykstančiais įvykiais. Kai svajojame arba paskęstame prisiminimuose, emocijas sukelia prisiminimo turinys arba mintys (o ne išorinis stimulas). Galiausiai jei mes smarkiai iškreipiame situaciją, mūsų emocinis atsakas veikiau atitinka iškreipimą, o ne faktinius situacijos aspektus.

Kognityvinis emocijų modelis, pirma, remiasi introspektyviais minčių ir jausmų stebėjimais. Antra, nustatomas ryšys tarp minties ir jausmo. Trečia, apibendrinama, kokios mintys (ar prasmės) kokius jausmus sukelia.

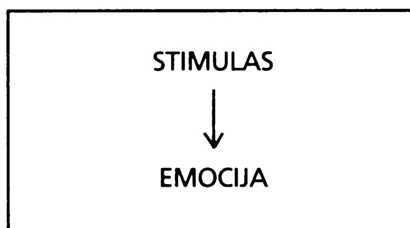
Kitos emocijų teorijos ignoravo ar neadekvačiai naudojo žmonių pranešimus apie savo mintis ir jausmus. Klasikinis biheviorizmas emocinėms reakcijoms paaiškinti naudoja stimulo ir atsako modelį. Jis siūlo paprastesnį aiškinimą, kaip išorinis įvykis tiesiogiai lemia emocinį atsaką – tarp stimulo ir atsako mąstymas ar prasmė neįsiterpia. Pagal bihevioristinę teoriją, ryšys tarp stimulo ir atsako atsiranda kaip ankstesnio sąlygojimo padarinys; todėl ši formuluotė dažnai vadinama sąlygojimo modeliu.

Klasikinis psichoanalitinis emocijų modelis daug sudėtingesnis. Kalbant paprastai, ryšys yra toks: stimulas ar įvykis sužadina nesąmoningą norą ar impulsą. Kadangi noras dažniausiai žmogui yra nepriimtinas, beprasidedantis jo skverbimasis į sąmonę sukuria vidinę grėsmę. Jei žmogus, pasitelkęs gynybinius mechanizmus, nesugeba apsisaugoti nuo draudžiamo impulso, jis patiria nerimą arba kaltės jausmą. Pavyzdžiui, pagal Freudo Oidipo komplekso sampratą, berniukas sureaguoja į motinos vaizdą (stimulą) nesąmoningu seksualiniu impulsu jos atžvilgiu. Jei noras gresia įsiveržti į sąmonę, berniukas jaučia nerimą dėl galimos varžovo – savo tėvo – bausmės[1].

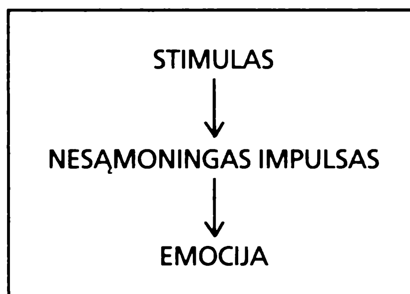
Bihevioristinis ir psichoanalitinis modeliai yra panašūs ta prasme, kad sumenkina sąmoningai stebimų prasmių ir pranešimų apie jas svarbą. Bihevioristai visiškai atmeta prasmę, o psichoanalizės šalininkai pabrėžia nesąmoningas prasmes. Modeliai skiriasi kontrolinių stimulų lokalizacija: pagal sąlygojimo modelį, jie yra išoriniai; pagal psichoanalitinį modelį – vidiniai, tačiau nesąmoningi (1 pav.).

Psichoanalitinis ir bihevioristinis modeliai apeina įprastinius aiškinimus, kodėl žmogus liūdi, bijo, pyksta ar yra patenkintas. O kognityvinis požiūris visą emocijų sužadinimo klausimą sugrąžina į sveikam protui prieinamo stebėjimo sritį. Išsiaiškinant specifinę įvykių prasmę, sulyginama daugelis įvairių ir nepanašių situacijų, sukeliančių tą patį emocinį atsaką. Nors kartais specifinės tam tikros emocijos sužadinimo sąlygos atrodo pernelyg akivaizdžios, kad būtų reikalingos kruopščios analizės, jos yra esminės, darant apibendrinimus. Šie apibendrinimai savo ruožtu tampa pagrindu suprantant emocinius sutrikimus, kaip antai depresiją, maniją, nerimo neurozę ir paranojines būsenas.

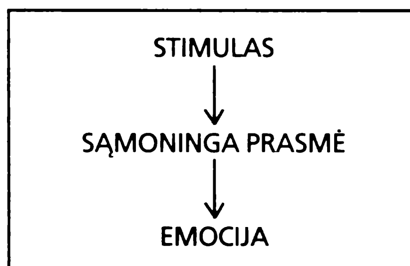
[1] Vaiko minčių srautas ne toks ezoteriškas. Paklaustas apie mintis ir jausmus, jis tikriausiai atsakys, kad motinos vaizdas sukelia jam gana prozišką baimę – pavyzdžiui, baimę būti nubaustam už netvarką, už tai, kad sudavė jaunesniam broliukui ar tingėjo mokykloje.



SĄLYGOJIMO MODELIS



PSICHOANALITINIS MODELIS



KOGNITYVINIS MODELIS

1 pav.

MĄSTYMAS IR EMOCIJOS

ASMENINĖ SRITIS

Vienam vyrui draugas parodė milinės nuotrauką. Jis abejingai žvelgė į nuotrauką, kol draugas įtikino, jog tai – jo šeimos milinė. Nuo tada jis ėmė vertinti nuotrauką, susižavėjęs rodė ją kitiems ir jautėsi įžeistas, jei ji žmonių nedomino. Jis reagavo į paveikslėlį ant popieriaus skiautės, tarsi jis būtų jo paties pratęsimas.

Šis atvejis rodo, kad asmuo priskiria ypatingą reikšmę objektams, kuriuos laiko ypatingai susijusiais su savimi, ir kaip tie objektai jį jaudina. Objektai – apčiuopiami ir neapčiuopiami – su kuriais jis taip susijęs, sudaro jo asmeninę sritį. Srities centre yra asmens Aš vaizdas, jo fizinės ir psichologinės savybės, jo tikslai ir vertybės. Aplink Aš vaizdą telkiasi gyvi ir negyvi objektai, kuriuose jis turi savo dalį. Paprastai tai šeima, draugai, materialusis turtas. Kiti jo asmeninės srities komponentai yra įvairaus abstraktumo: pradedant mokykla, socialine grupe, tautybe ir baigiant neapčiuopiamomis vertybėmis, arba laisvės, teisingumo, doros idealais.

Asmeninės srities sąvoka padeda paaiškinti, kaip labai asmenį gali paveikti net geografiškai tolimos institucijos ar asmenys. Pavyzdžiui, asmuo gali pasijusti labai pakiliai, kai pagerbiamas jo rasės arba tautybės žmogus, arba gali pasijusti įžeistas, jei su tokiu žmogumi elgiamasi nederamai. Jis reaguoja taip, tarsi būtų gerai arba blogai elgiamasi su juo pačiu.

Kai analizuosime aplinkybes, svarbias jausmams ir emociniams sutrikimams, asmeninės srities sąvokos svarba taps akivaizdi. Asmens emocinio atsako prigimtis – ar emocinis sutrikimas – priklauso nuo to, ar jis įvykį suvokia kaip palankų savo asmeninei sričiai, ar kaip žalingą, pavojingą jai ar ardantį ją.

Arnoldas (1960), vienas pirmųjų teoretikų, nagrinėjusių esminį kognicijų vaidmenį emocijoms, tvirtina: „Emocijos yra procesas, kuris prasideda, kai ką nors suvokiame ir vertiname. Mes nusprendžiame, ar tai mums gerai, ar blogai". Pagal tai, ar asmuo įvertina

stimulą kaip naudingą, ar kaip žalingą jo asmeninei sričiai, jis patiria „pozityvią" arba „negatyvią" reakciją. Tai, kas įvertinama kaip gera, sukelia džiaugsmo, malonumo, laimės jausmus. Tai, kas įvertinama kaip bloga, – liūdesį, nerimą ar pyktį.

Nors Arnoldas, tokie psichologai eksperimentuotojai kaip Richardas Lazarus (1966) ir klinicistai kaip Albertas Ellis (1962) aiškiai nužymėjo kelią nuo mąstymo iki emocijų, jie neapibrėžė, kokie būtent vertinimai sukelia tam tikras emocijas. Tiesą sakant, gausioje literatūroje apie asmenybę ir socialinę psichologiją beveik neliečiamas klausimas, koks minčių turinys reaguojant į žalingą stimulą arba grėsmę sukelia liūdesį, nerimą arba pyktį. Net jei pradinis įvertinimas bus daug apimantis „Man tai blogai", individo emocinį atsaką nulems tai, kaip jis interpretuos žalingą stimulą.

LIŪDESYS

Liūdesys yra įprastas žmonių patyrimas, tačiau kartais jis būna labai mįslingas. Kiek kartų esame girdėję vaiką ar net suaugusįjį sakant: „Man liūdna, bet nežinau kodėl!" Liūdesio jausmas dažnai prieštarauja regimai gyvenimo situacijai. Žmogus, kuris „turi viską", gali liūdėti, o tas, kuris „neturi nieko", gali būti patenkintas ar net laimingas.

Apsvarstykime keletą tipiškų paradoksalaus liūdesio pavyzdžių: 1) pardavimo vadybininkas sužinojo, kad yra skiriamas į aukštesnes pareigas. Savo nuostabai jis ne apsidžiaugė, o nuliūdo; 2) motina jautėsi nelaiminga, kai išsipildė sena jos svajonė – duktė ištekėjo už labai tinkamo partnerio; 3) koledžo absolventas po daugelio metų susitiko su mokslo draugais. Nors jis ir labai laukė šio susitikimo, išvydus draugus, jį apniko niūri nuotaika; 4) vidutinio amžiaus vyras graužėsi, įsikėlęs į „svajonių namą".

Ar iš šių patirčių galima išgauti kokią bendrą prasmę? Kiekvieno

žmogaus pateikta informacija įtikinamai paaiškina jo liūdną reakciją. Vadybininkas praranda pasitikėjimą savimi, pagalvojęs: „Išvažiuosiu toli. Ten neturiu draugų". Motinai pavyko prisiminti automatinę mintį, šmėkštelėjusią prieš apimant liūdesiui: „Praradau savo vaiką". Koledžo absolvento nuotaika buvo prasta, nes jis ėmė lyginti save su mokslo draugais ir jautėsi nevykėlis. Naujasis namo savininkas krimtosi, galvodamas apie „rūsčią tikrovę" – labai didelę namo kainą.

Nors, pasiekus trokštamą tikslą, kiekvieno šių žmonių asmeninė sritis iš tikrųjų praplatėjo, vyraujanti interpretacija buvo priešinga: *Praradau kažką vertinga.*

Ar žmogus jaus liūdesį, nulemia ypatinga praradimo prasmė, būtent tai, ar jis suvokia praradimą kaip reikšmingą asmeninės srities susiaurėjimą. Pavyzdžiui, milijonierius, netyčia pametęs kelis dolerius, gali likti visai abejingas praradimui, nes šis pastebimai nekeičia finansinių jo galimybių; tačiau jis gali nusiminti pralošęs tą pačią sumą lažybose, nes tuomet praradimas turės neigiamą jo sumanumo ar sėkmės konotaciją. Taip pat ir netekusio nuovokos paciento kritika nežeidžia psichiatro, nes jis nevertina paciento proto. Tokia pati kritika iš kolegos lūpų gali smarkiai sumenkinti psichiatro savąją vertę. Jei asmuo nevertina atributo, jo netrikdo atributo išnykimas iš jo asmeninės srities. Pranykus karpai, tikriausiai būsime patenkinti, o nuslinkus plaukams – nusiminsime.

Nesunku pastebėti, kiek daug gyvenimo situacijų galima interpretuoti kaip netektį ar vertinti kaip asmeninės srities susiaurėjimą. Įvairius liūdesį sukeliančius įvykius lengva sugrupuoti:

1. Apčiuopiamo objekto, kuris teikia pasitenkinimą ar vertinamas dėl kitų priežasčių, praradimas.

2. Neapčiuopiamas praradimas, pavyzdžiui, savosios vertės sumenkėjimas dėl įžeidimo arba paniekinimo.

3. Asmeninės srities komponento vertės pasikeitimas, pavyzdžiui, tai, kas buvo vertinama kaip pranašumas, tampa neigiamu dalyku.

4. Neatitikimas tarp to, ko tikimasi, ir to, kas iš tiesų gaunama, t. y. nusivylimas.

5. Būsimos netekties įsivaizdavimas arba laukimas: individas išgyvena numatomą netektį, tarsi ji vyktų *dabar*, taigi jis patiria liūdesį anksčiau nei iš tikro ką praranda.

6. Hipotetiška netektis: netekties nėra, tačiau tai „galėjo" įvykti.

7. Netikra netektis: asmuo klaidingai suvokia įvykį kaip siaurinantį jo asmeninę sritį.

Tikra netektis gali reikšti praradimą ko nors apčiuopiamo ir apibrėžto, pavyzdžiui, pinigų. Neapčiuopiama netektis, pavyzdžiui, kito asmens meilės praradimas, gali sukelti liūdesį, panašų į tą, kurį sukelia apčiuopiamo objekto netektis. Panašiai gali nuliūdinti ir atributo vertės pasikeitimas. Pavyzdžiui, žmogus, manęs, jog mėgsta humorą, nusprendžia, kad žmonės laikė jį paprasčiausiu juokdariu.

Netekties jausmo intensyvumas proporcingas atributo nuvertėjimui, o ne jo „absoliučiai vertei". Pavyzdžiui, mergina, laikiusi save gražuole, aptinka, kad žmonės laiko ją tik dailia – jos praradimo jausmas atitinka tą laipsnį, kuriuo ji jaučiasi praradusi patrauklumą. Panašiai ir tėvai, apie savo vaiką galvoję kaip apie ypač gabų mokinį, nuliūsta sužinoję, kad jo gabumai tik truputį didesni už vidutinius.

Mintyse apie neišsipildžiusius lūkesčius ir nusivylimą taip pat atsispindi netekties tema, sukelianti liūdesį. Kai asmuo tikisi sulaukti pagerbimo, apdovanojimo, didesnės algos, jis iš karto į tai įsijaučia. Kol objektas jo asmeninėje srityje užima įsivaizduojamą vietą, asmuo paprastai patiria tam tikrą pasitenkinimą. Jei jis negauna objekto, kurio tikėjosi, gali liūdėti, tarsi būtų iš tikrųjų jį turėjęs ir praradęs. Nusivylimas intensyvus net jei lūkesčiai buvo labai nerealistiški.

Daug žmonių „gyvena ateitimi dabar" ir numatomą netektį

išgyvena kaip realią. Moteris, sužinojusi, kad jos vyras po kelių mėnesių išvyks į trumpą kelionę su reikalais, jautėsi liūdna, kaip ir tą dieną, kai jis iš tikrųjų išvyko. Ji apsiašarodavo ir galvodama apie ateitį, kada vaikai išaugs ir paliks namus.

Kai galima netektis traktuojama kaip reali, ji vadinama hipotetiška. Pavyzdžiui, moteris liūdi, jos vyrui kalbantis su kita, nes galvoja: „Jis gali ją įsimylėti".

Klaidinga „buhalterija" yra netikros netekties pavyzdys. Žmogus, įsigijęs vertingą dalyką, išgyveno praradimo jausmą – kol suvokė, kad įgyto pirkinio vertė tikrai atitiko jo kainą.

PAKILI NUOTAIKA IR SUSIŽAVĖJIMAS

Paprastai stebėjimai susieja liūdesį su netektimi. Būtina pakilios nuotaikos ar susižavėjimo sąlyga yra suvokta arba laukiama nauda. Asmuo pradeda geriau vertinti savo asmeninę sritį. Ši sritis gali išsiplėsti, pavyzdžiui, įgijus naujų draugų, naujų apčiuopiamų daiktų arba pasiekus tikslą. Moteris gali pradėti geriau vertinti savo socialinius sugebėjimus, pirmą kartą surengusi sėkmingus pietus. Vyrui gali labiau patikti naujas kostiumas, jei jis sulaukė komplimentų.

Nuotaiką pakelia ne tik teigiamas įvertinimas, sustiprinantis savosios vertės jausmą. Džiaugsmas gali užplūsti ir *numatant* būsimą malonumą ar pastiprinimą. Iš tikrųjų tokios numatančios mintys gali siekti labai toli. Pavyzdžiui, žmogus pamatė laikraštyje straipsnį apie savo darbą ir pirmiausia pamanė, kad jo darbas (iš tikrųjų *jis pats*) yra labai svarbus, jei nusipelno tiek daug viešumo. Ši mintis pastebimai pataisė jo nuotaiką. Tada jis pagalvojo, kiek daug žmonių perskaitys šį straipsnį, ir jo euforija dar labiau sustiprėjo. Paskui jis įsisvajojo, kaip pagarsės ir pamažu taps žymus. Vis augant lūkesčiams, jo nuotaika vis gerėjo.

Ar žmogus patiria malonumą, ar ne, priklauso nuo prasmės,

kurią jis priskiria konkrečiai situacijai arba objektui. Jaunuolis pastebėjo, kad į jį žiūri mergina. Jis pamanė: „Aš patinku Nensei". Tada šią išvadą jis apibendrino taip: „Jei patinku jai, vadinasi, patiksiu ir jos draugams". Tada: „Manau, esu labai populiarus. Aš patinku visiems žmonėms". Šitaip plečiantis teigiamam savęs vertinimui, jo nuotaika darėsi vis pakilesnė.

Kad patirtum malonumą, nebūtina patenkinti jau egzistuojantį „poreikį" ar „potraukį". Malonumui sukelti pakanka bet kokio įvykio – arba idėjos, – išreiškiančio pasmingą išplėtimą. Pavyzdžiui, žmogus gali gauti dovaną, kurios visai nenorėjo, ir vis dėlto pajusti malonumą. Tačiau kartą patyręs malonumą, žmogus gali imti trokšti daugiau tokio malonumo. Šlovės skonis gali padaryti žmogų alkaną šlovės, kad galėtų palaikyti savąją vertę.

Taigi geresnis savęs vertinimas gali turėti esminės įtakos motyvacijai. Sulaukus atpildo, imama tikėtis jį gauti dažniau, o tai suteikia energijos darbuotis produktyviau. Šis principas ypač naudingas padedant depresiškiems pacientams įveikti savo inertiškumą.

Atsakui į atpildą gali turėti reikšmės grįžtamojo ryšio mechanizmas. Subjektyvi pakilios nuotaikos patirtis po savąją vertę sustiprinančio įvykio gali būti interpretuojama kaip patvirtinimas, kad įvykis yra „geras". Šis pozityvus įvertinimas gali skatinti ir vėl trokšti malonumą sukeliančio objekto arba situacijos.

NERIMAS

Visiems žinoma, kad jei žmogus mano, jog jam gresia nuolatinis pavojus, jis paprastai jaučia nerimą. Iš karto ateina į galvą tipiškos nerimą sukeliančios situacijos – fizinis sužalojimas, sunki liga, ekonominė neganda arba socialinis atmetimas. Be to, nesunku pastebėti, kad grėsmė (reali ar įsivaizduojama) bet kurio asmens

asmeninės srities saugumui, sveikatai arba psichologinei būsenai irgi sukelia nerimą. Žmogus taip pat gali patirti nerimą, jei suvokia pavojų institucijai ar principui, kurį vertina.

Svarbaus gyvo ar negyvo objekto praradimo perspektyva yra dar viena įprasta grėsmė asmeninei sričiai. Asmuo gali patirti nerimą, jei jam gresia prarasti pinigus ar materialinį turtą. Nerimą taip pat sukelia numatomas draugo ar giminaičio praradimas dėl geografinio atstumo, ligos ar kito asmens mirties. Nerimas reaguojant į psichosocialinį stresą (tokį kaip būsima kritika, pažeminimas ar pametimas) yra toks pat stiprus kaip ir krimtimasis dėl grėsmės susirgti ar susižaloti.

Žalos laukimą mes vadiname baime, o nemalonų emocinį išgyvenimą – nerimu[2]. Jei asmuo pasitiki savo gebėjimu įveikti arba atremti grėsmę, nerimas susilpnėja. Jis stiprėja, jei žmogus potencialią žalą savo asmeninei sričiai laiko neišvengiama, labai tikėtina arba itin destruktyvia. Nerimą gali dar labiau sustiprinti nežinia, kada laukti būsimos žalos.

Įvertinant situaciją kaip pavojingą, beveik vienu metu reikia padaryti keletą sprendimų. Pirmuoju sprendimu, kurį Richardas Lazarus (1966) vadina „pirminiu įvertinimu", situacija suvokiama kaip grėsminga ir numatomas potencialios žalos tikėtinumas, artimumas ir dydis. Tada prasideda antrinis – savo sugebėjimų neutralizuoti arba įveikti pavojų – įvertinimas. Neigiamų pirminio įvertinimo metu nustatytų veiksnių persvara prieš teigiamus antrinio įvertinimo veiksnius suvokiama kaip pavojus. Jo dydis savo ruožtu nulemia nerimo intensyvumą.

Prasmės svarbą sujaudinimui rodo daugelis situacijų, sukeliančių šį emocinį atsaką, ir tas laipsnis, kuriuo nerimas pasireiškia skirtingiems žmonėms toje pačioje situacijoje. Žinome, kad žmogų, kuris labai bijo kitų nepritarimo, gali apimti panika, atsidūrus

[2] Nerimo ir baimės skirtumą smulkiau aptarsime 6 skyriuje.

padėtyje, kurioje jo trūkumai netruks išryškėti; pavyzdžiui, kalbėjimą prieš auditoriją jis gali laikyti potencialia katastrofa. Kitas žmogus toje pačioje situacijoje patirs minimalų nerimą arba visai jo nepajus, nes galimiems kitų žmonių įvertinimams jis teikia kitokią reikšmę.

Neįprastos nerimo reakcijos į situacijas ar objektus, kuriuos paprastai laikome nepavojingais, dažnai siejamos su asmeninėmis išskirtinėmis prasmėmis. Pavyzdžiui, sveika moteris patyrė nerimą, kai jai pritrūko oro pasitreniravus – ji pamanė, kad ją ištiko širdies smūgis. Žmogus jausdavo nerimą eidamas per tiltą, nes įsivaizduodavo jį griūvantį. Vėliau aptarsime kitus lemiamo prasmės vaidmens patologinėms nerimo būklėms pavyzdžius.

PYKTIS

Vienas iš kartais nurodomų pykčio prototipų pavyzdžių yra primityvaus organizmo reakcija, kurios tikslas – atremti arba suardyti žalingą veiksnį. Ši analogija nušviečia vieną esminį žmonių elgesio būdą: jei žmogus užpuolamas (fiziškai arba žodžiais), jis gali supykti ir pulti pats.

Nors formulė „puolimas sukelia į pyktį" atitinka akivaizdžiausias pykčio atsiradimo sąlygas, ji tinka ne visada. Žinome pavyzdžių, kai užpultas asmuo sustingdavo, apimtas nerimo, arba puldavo į neviltį, nugalėtas fizinėje kovoje. Kiti žinduoliai, pavyzdžiui, šimpanzės ir šunys, taip pat kartais reaguoja į puolimą panašiu į žmogaus nerimu ir depresija. Cannonas (1915) apibūdina reakciją į puolimą „smok arba bėk" terminu, apytikriai atitinkančiu pyktį ir nerimą. Deja, jo formulė nepaaiškina nei depresyvaus atsako, nei individualių skirtumų priežasčių.

Kita žinoma dažnai pyktį sukelianti situacija yra noro ar potraukio frustravimas. Dollardas ir jo bendradarbiai (1939) šį įprastą

pastebėjimą išplėtojo į teoriją (frustracijos ir agresijos hipotezę), siūlydami taip aiškinti įvairias agresyvaus ir priešiško elgesio formas. Tačiau paanalizavus kritiškai, tampa akivaizdu, kad jų samprata apima tik keletą pyktį sukeliančių situacijų. Be to, nekreipdami dėmesio į frustracijos įvairiomis aplinkybėmis *prasmę*, autoriai įtraukia tokius frustracijos atvejus, kurie nesukelia pykčio. Kaip nurodė Ellis (1962) ir eksperimentais pademonstravo Pastore (1950, 1952), žmonės nelinkę reaguoti pykčiu, jei frustruojantį veiksnį laiko teisėtu, neišvengiamu arba pagrįstu. Vyras, kuris paprastai supyksta, jei pietūs jam grįžus namo būna neparuošti, nesusierzins, jei sužinos, kad žmona blogai jautėsi ir negalėjo pagaminti valgio.

Jei galvosime apie įvairias pyktį nuo lengvo suirzimo iki baisaus įtūžio sukeliančias situacijas, tikriausiai jų priskaičiuosime be galo daug. Būtų sunku laikyti visas įvairias pyktį sukeliančias situacijas kuo nors panašiomis. Vis dėlto, išskiriant pagrindinius šių situacijų bruožus, įmanoma įžvelgti jų bendrumą.

Nusižengimai – sąmoningi ir ne

Aptarkime šiuos dažnai pyktį sukeliančių situacijų pavyzdžius iš kasdienio gyvenimo:

1) paauglių gauja apmėtė suaugusįjį akmenimis;

2) mokiniui mokytoja įrašė pastabą už šnibždėjimąsi per pamoką su keliais kitais mokiniais;

3) teatro lankytojui įsigyti bilietą sutrukdė be eilės įlindęs pirkėjas;

4) moterį paliko mylimasis;

5) motina liepė vaikui pasidalyti žaislais su broliu ar seserimi;

6) komiteto nariui, siekiančiam įdiegti naujovių, paprieštaravo kitas komiteto narys.

Visus šiuos susidūrimus sieja bent jau viena gija. Pagrindinis veikėjas patiria nemalonų išgyvenimą (skriaudą) dėl vieno ar kelių priešininkų: jis tampa *apgalvoto* fizinio puolimo, kritikos, prievartos, sutrukdymo, atstūmimo, atėmimo arba prieštaravimo objektu. Šios situacijos jam žalingos, nes pažeidžiamas jo saugumas, savoji vertė ar troškimai. Jis suvokia jas kaip sąmoningą, tiesioginį kėsinimąsi į jo asmeninę sritį. Net jei skriauda padaryta be piktos valios, ji gali būti suvokiama būtent taip.

Kitą pyktį sukeliančių situacijų grupę sudaro įsakymai ir suvaržymai, kuriuos individas suvokia kaip savo teisių pažeidimą. Valdžią turinčio žmogaus įspėjimai gali supykdyti individą, nors jis ir nebūtų ketinęs užsiimti draudžiama veikla. Jo „teisės" apima ne vien autonomiją, veiksmų ir žodžio laisvę, bet ir tikėjimąsi kitų žmonių pagarbos, mandagumo, dėmesio, lojalumo. Socialinis arba profesinis statusas verčia tikėtis ypatingų privilegijų, todėl jų nesuteikimas gali įžeisti, o žemesnio statuso asmens pretenzijos į privilegijas, kurios jam „nepriklauso", – supykdyti.

Netiesioginiai nusižengimai

Neretai savo arba kitų žmonių reagavimą pykčiu galime paaiškinti dar vienu santykių tipu. Toliau pateikiamos situacijos iš pirmo žvilgsnio neatrodo kaip tiesioginis asmeninės srities pažeidimas, tačiau jos dažnai sukelia pyktį:

1) šeimininkui įkyri svečio puikavimasis savo išmanymu per kviestinius pietus;

2) bažnyčios tarnautoją erzina draugo pasakojimai apie jo verslo sėkmę;

3) jaunuolis niršta, nes jo draugė linksmai čiauška su kitu vyriškiu;

4) puikiai įvertintas studentas suirzta sužinojęs, kad profesorius tokį pat pažymį parašė ir kitam;

5) vyras jaučiasi įtūžęs, nes žmona per menkai pagyrė jį už didelę jo verslo sėkmę.

Analizuodami šias situacijas, galime suprasti, kodėl jos laikomos žalingomis: kiekviena reiškia asmens savosios vertės pažeidimą. Įžeidėjo elgesys *netiesiogiai* verčia asmenį nuvertinti save. Pirmieji trys incidentai yra pavydo pavyzdžiai. Dėmesio sulaukiantys žmonės įžeidžia, nes kelia grėsmę kitų įvaizdžiui: „Jis sulaukia visų pripažinimo, o aš jokio", „Jis daro geresnį įspūdį nei aš", „Jam sekasi geriau nei man". Tokie lyginimai verčia asmenį suabejoti savo paties svarba. Dėl puikaus pažymio sustiprėjęs savosios vertės jausmas sumenksta, kai studentas supranta esąs ne vienintelis, pretenduojantis į tobulumą. Vyras supyksta dėl „drungnos" žmonos reakcijos, nes taip nuvertinami jo laimėjimai.

Jei „įžeidimai" reiškia praradimą, kodėl asmuo jaučia pyktį, o ne liūdesį? Pastebime, kad jis jaučia pyktį, jei sugeba atremti nuvertinimą, susitelkdamas į neigiamas įžeidėjo savybes: „Jis mėgsta „pasirodyti", jis nevertas, „tuščiagalvis", nesąžiningas". Tačiau jei asmuo priima įsivaizduojamą statuso praradimą kaip pagrįstą, teisingą ar užtarnautą, jis pajunta liūdesį. Jei jis tai kaltina įžeidėją, tai apgaili netektį, jo nuotaika svyruoja tarp pykčio ir liūdesio.

Hipotetiški nusižengimai

Galima pateikti ir kitų pavyzdžių, kai reagavimo pykčiu neįmanoma paaiškinti nei tiesioginiais, nei netiesioginiais nusižengimais:

1) pėstysis supyksta ant motociklininko, važiuojančio per raudoną šviesą;

2) motiną supykdo prastas vaiko elgesys prie stalo;

3) turtingą vyrą įsiutina prašymas paaukoti;

4) įstatymą ir tvarką gerbiantis vyras įniršta išgirdęs apie nusikaltimą, įvykdytą už tūkstančių mylių.

Nė vienas iš šių epizodų akivaizdžiai nepažeidžia individo asmeninės srities. Vis dėlto jis gali reaguoti taip pat stipriai kaip ir į tiesioginį įžeidimą. Jam nesunku pripažinti, kad įvykis jam asmeniškai nepakenkė. Jei tai tiesa, kodėl gi jis pyksta? Bendras šių situacijų vardiklis yra tai, kad įžeidėjas pažeidė taisyklę, kurią įžeistasis laikė svarbia. Šis įvykis verčia asmenį jaustis nesaugiai, todėl jis yra potencialus ar hipotetiškas nusižengimas.

Pėstysis taip aiškina savo pyktį dėl lekiančio motociklininko: „Tuo metu *galėjau* eiti per gatvę (arba galbūt eisiu kitą kartą, kai jis lėks)". Motina pyksta ant vaiko, nes mano, jog kas nors kitas, jei būtų šalia, nuspręstų, kad ji prasta motina, nesugebanti išauklėti vaiko. Turtingas vyras įsižeidžia, nes galvoja: „Jei aukočiau kiekvienai labdarai, bankrutuočiau".

Hipotetiško puolimo atvejais žinojimas, kad tai *gali* atsitikti, reiškia beveik tą pat kaip kad žinojimas, jog iš tikrųjų atsitiko. Hipotetiški nusižengimai, nors ir subtilūs, lemia daugelį tarpasmeninių nesutarimų. Nagrinėdami toliau, pamatysime, kad šias skriaudas daugiausia sudaro tam tikrų visuotinai priimtų deramo elgesio taisyklių arba, kai kuriais atvejais, tam tikrų išskirtinių taisyklių ir standartų laužymas.

Kitų žmonių elgesio vertinimas reiškia, kad egzistuoja numanomas dėsnių, taisyklių, principų ir standartų kodeksas. Būtent šios taisyklės turi apsaugoti asmenį nuo fizinio ar psichologinio sužalojimo, net jei jis ir jo asmeninė sritis neturi nieko bendra su skriaudėju. Taigi pėstysis, nors iš tikrųjų ir nepakliuvęs į pavojų, įniršta ant motociklininko, nes taisyklių laužymas gali pakenkti jo saugumui ateityje.

Sąžiningumo, teisingumo ir pagrįstumo principai sudaro tarsi išorinę arba gynybinę asmeninės srities sieną. Savavališki, neteisingi ar neteisėti veiksmai sukelia pyktį (net jei jie nenukreipti prieš asmenį), nes jie laikomi grėsme apsauginei sienai.

Kiti su žmonių bendravimu susiję papročiai taip pat labai

svarbūs. Tokių susitarimų pažeidimus rodo pikti skundai, pavyzdžiui: „Jie neturi teisės taip daryti", „Jis neturėjo taip elgtis", „Tie žmonės turėtų elgtis padoriau", „Tai principo reikalas".

Vidutinio amžiaus vadovą erzina kitų žmonių „rėksmingumas", agresyvumas, nerūpestingumas ar nevalyvumas. Paklaustas jis noriai sutinka, kad asmeniškai jis dėl to nėra patyręs jokios žalos ar nuostolio. Vis dėlto jis prieštarauja tokiam elgesiui, laiko jį nederamu ir „blogu" ir nori, kad pažeidėjas būtų nubaustas: „Tie hipiai neturi teisės nešioti tokių ilgų plaukų ir būti tokie murzini. Juos reikia uždaryti".

Priimtinos elgesio formos sudaro moralinį asmeninės srities kodeksą. *Kodekso sulaužymas sukelia tą pačią reakciją kaip ir puolimas.* Asmeniniai kodeksai toje pačioje kultūroje gali būti labai įvairūs ir ypatingi. Šių kodeksų laužymo sukeliamas pyktis kitiems žmonėms gali atrodyti netinkamas ir nesveikas, tačiau individui, kuris turi savo standartus, kas teisinga ir kas ne, jis atrodo tinkamas. Asmeninių standartų pažeidimas laikomas asmeninės srities užpuolimu.

Socialiniai susitarimai reiškia daugiau nei paprastai manoma, kai reikia nusakyti sąlygas, kurioms esant pyktis laikomas pagrįstu, tikėtinu ar net pageidaujamu, tačiau jie nustato ir ribas, kurias peržengus pyktis vadinamas perdėtu ir nederamu. Tokios ribos atsispindi teiginiuose: „Tu per smarkiai reaguoji" arba „Ko taip siunti?" Mes visi tikriausiai esame patekę į situacijas, kurios mus supykdė, tačiau visai neužgavo mūsų draugų, ar priešingai. O kai šaltakraujiškai reagavome į žalingą situaciją, galbūt išgirdome: „Turėjai supykti" arba „Aš būčiau jam prikišęs!" Jei asmuo pratrūksta pykčiu dėl nereikšmingo įvykio, galime įtarti, kad situacija jam turi ypatingą, išskirtinę prasmę.

Dabar apibendrinkime situacijas, kurios dažniausiai sukelia pyktį: 1) tiesioginis ir sąmoningas puolimas; 2) tiesioginis nesąmoningas puolimas; 3) įstatymų, standartų, socialinių normų

sulaužymas – hipotetinė grėsmė, nederamas elgesys, idiosinkretinio moralinio kodekso sulaužymas. Bendrasis pykčio kilimo veiksnys yra individo suvoktas jo asmeninės srities, įskaitant jo vertybes, moralinį kodeksą ir apsaugos taisykles, užpuolimas. Šis veiksnys yra būtina, nors ir nepakankama sąlyga pykčiui sukelti. Pykčiui kilti reikalingos ir kitos specifinės aplinkybės. Pirma, individas turi rimtai priimti pažeidimą ir įvertinti jį neigiamai. Mažas vaikas, mėtantis sniego gniūžtes į tėvą, veikiau pradžiugins nei supykdys. Antra, individas neturi manyti, kad žalinga situacija kelia tiesioginį ir nuolatinį pavojų. Jei jis pirmiausia susirūpinęs savo saugumu, jaus veikiau nerimą, o ne pyktį. Trečia, individas pirmiausia turi kreipti dėmesį į įžeidimo neteisėtumą ir įžeidėją, o ne į pačią žalą, kurią jis galbūt patyrė.

Psichologinių reakcijų, vedančių į pyktį, seka gali būti lyginama su nerimo atsiradimo etapais. Pirmiausia individas atpažįsta ir įvardija žalingą stimulą. Kartu jis įvertina savo gebėjimą atlaikyti, neutralizuoti arba atremti žalingo stimulo poveikį (antrinis vertinimas). Toliau pateikiamame pavyzdyje pagrindinis veikėjas svyruoja tarp pykčio ir nerimo, tai augant, tai nykstant jo pasitikėjimui savo gebėjimu atremti žalingą stimulą.

Studentui kelią grūstyje užtvėrė lėtai judantis automobilis. Studentas labai supyko ir dėl nepatogumo, ir dėl to, kad kitas vairuotojas nepaisė nustatytų vairavimo taisyklių. Jis vis spaudė signalo mygtuką ir plūdo vairuotoją – manė, kad yra pakankamai stiprus įveikti galimus atsakomuosius veiksmus, kuriuos, šiaip ar taip, laikė mažai tikėtinais. Jo nuostabai, kitas vairuotojas išlipo iš automobilio. Toks polinkis peštis studentą dar labiau supykdė. Kai paaiškėjo, kad kitas vairuotojas stambus ir pavojingas, studentas išsigando ir skubiai nuvažiavo. Kai buvo jau saugu, jį dar kartą užplūdo pykčio banga ir jis pamanė: „Didelis mušeika – bandė mane stumdyti".

Šis pavyzdys rodo, kad kai asmeniui nerūpi jo saugumas,

įžeidžiančiam veiksniui jis linkęs jausti pyktį. Jam susitelkus ties neišvengiamu pavojumi, pyktį pakeičia nerimas.

Analogišką pykčio ir liūdesio kaitą išgyveno ir vyras, kuriam griežtai priekaištavo jo žmona. Iš pradžių jis galvojo, kaip neteisingai jinai jį kritikuoja, ir pyko ant jos. Pamanęs, kad prarado jos meilę, jis nuliūdo. Visą dieną jo mintys svyravo tarp kaltinimų žmonai ir nerimo dėl meilės praradimo, o tai atsispindėjo pykčiu ir liūdesiu.

Pykčio stiprumas yra proporcingas asmens suvokiamam įžeidimo nepagrįstumui, šališkumui ir neteisingumui. Šie bruožai ypač svarbūs, jei norime suprasti perdėtas reakcijas į įžeidimus, kurie atrodo nereikšmingi.

Sąlygas, *įtvirtinančias pyktį*, kylantį po įžeidimo, galime apibendrinti taip: 1) įžeidimas suvokiamas kaip sąmoningas; 2) įžeidimas suvokiamas kaip piktavališkas; 3) įžeidimas suvokiamas kaip neteisingas, neteisėtas ir nepagrįstas; 4) įžeidėjas suvokiamas kaip nepageidaujamas asmuo; 5) yra galimybė kaltinti arba nuvertinti įžeidėją.

Priešingos sąlygos veikiau sumažina pyktį. Taip būna, kai įžeidimas suvokiamas kaip „atsitiktinis", „kilęs dėl gerų ketinimų" arba „teisėtas". Kiti švelninantys veiksniai yra asmens požiūris į įžeidėją kaip į „gerą vaikiną" arba įsitikinimas, kad jis pats buvo kaltas.

LIŪDESIO, PYKČIO IR NERIMO KILIMO SKIRTUMAI

Kasdieniai stebėjimai rodo, kad tos pačios išorinės sąlygos vienam asmeniui gali sukelti liūdesį, kitam – nerimą, o trečiam – pyktį. Be to, aplinkybės, kurios atrodo iš esmės panašios, vienu metu asmenį gali liūdinti, kitu – kelti jam nerimą, o trečiu – pykdyti. Jei žinome, kokios prasmės priskiriamos įvykiui, iš esmės galime numatyti, kokias emocijas jis sukels. Pirmiausia prasmes nulemia asmens

įpročiai vienaip ar kitaip konceptualizuoti tam tikras gyvenimo situacijas ir jo psichologinė būsena situacijos susidarymo metu. Jei jam labiausiai rūpi pavojus, jis jaučia nerimą; jei kremtasi dėl netekties, jaučia liūdesį; jei susitelkia į nepriimtiną įžeidėjo elgesį, pyksta. Būtinos ir pakankamos kiekvienos emocijos kilimo sąlygos gali būti pademonstruotos parodant, kaip panašios sąlygos sukelia skirtingas emocijas.

Liūdesys ir pyktis

Nuvertinimas (dėl įžeidimo ar kritikos) gali sukelti ir liūdesį, ir pyktį. Jei žmogus priima įžeidimą kaip pakankamai pagrįstą ir jo savosios vertės jausmas nukenčia, jis liūdi. Tačiau jis gali liūdėti net jei laiko įžeidimą nepagrįstu, bet metančiu jam šešėlį. Jei kritika ar įžeidimas suvokiami kaip nepelnyti, nepriimtini ar neteisingi, jis linkęs pykti.

Asmuo gali suvokti, kad, priėmęs „kritiką" kaip pagrįstą, jaus liūdesį ar kaltę. Tačiau jei jis gali suabejoti kritika, užsipuldamas patį jos autorių, tai veikiau patirs pyktį, o ne liūdesį.

Liūdesys ir nerimas

Asmuo labiau linkęs liūdėti, o ne nerimauti, kai netektis jau įvykusi ar kai asmeninė sritis nuvertėja dėl laukiamo praradimo. Nerimą jis išgyvens tol, kol laikys save dar nenukentėjusiu, o praradimą ar kitą žalą – tik gresiančia. Būsimos netekties – ar svarbaus žmogaus, ar darbo, ar statuso – suvokimas, laukiant žalingo įvykio, yra liūdesio, o ne nerimo kilimo pavyzdys. Liūdesys kyla, jei numatomas praradimas išgyvenamas šią akimirką, o ne ateityje, t. y. kai asmuo atima prarandamą dalyką iš savo srities anksčiau, nei tai iš tikrųjų įvyksta.

Nerimas ir pyktis

Aiški nerimo atsiradimo sąlyga yra *pavojus*: asmuo labiausiai išgyvena dėl galimos žalos ir dėl suvokiamos žalingo stimulo įveikimo galimybių stokos. Pykčio atveju jis labiau rūpinasi teisių, taisyklių ir principų pažeidimu bei kaltinimais pažeidžiančiam veiksniui, menkiau – jam kylančiu pavojumi.

Tipiškos mintys, vedančios į nerimą, liūdesį, pakilią nuotaiką ar pyktį, atitinka būdingas mintis, aptinkamas nerimo būsenų, depresijų, manijų ir paranojinių būsenų atvejais. Psichologiniai sutrikimai ir normalios emocinės reakcijos skiriasi tuo, kad mintys sutrikimų atvejais nuolat iškreipia tikrovę. Normali emocinė reakcija grindžiama protingu realios situacijos vertinimu, o psichologinių sutrikimų atvejais atsaką kur kas labiau lemia vidiniai (t. y. psichologiniai) veiksniai, kurie sutrikdo tikrovės suvokimą.

4 Kognityvinis emocinių sutrikimų turinys

Neurotikas ne tik serga emociškai, jis klysta kognityviai.
Abraham Maslow

Žmonių gebėjimas sujungti į visumą milijardus aplinkos įvykių ir adaptyviai reaguoti nulėmė psichologinę raidą. Dar nuostabesnis mūsų gebėjimas skirti subtilias užuominas tarpasmeniniuose santykiuose ir atsparumas susidūrus su nusivylimu ir vilčių žlugimu. Gebėjimas kūrybingai naudotis vaizduote ir prilaikyti ją, kad netrukdytų tikrovės jausmui, yra dar vienas mūsų brandos įrodymas.

Nepaisant šių giriamųjų žodžių, akivaizdu, kad ne visus sunkumus atlaikome vienodai gerai. Mes turime tam tikrų jautrių vietų, „silpnybių", ties kuriomis susikaupia įtampa ir prasideda drebulys arba protrūkiai – elgesys, kurį paprastai vadiname perdėta reakcija. Esant tokioms sąlygoms, nerealistiniai vertinimai užgožia realistinius, ir mes galbūt suvokiame, kad mūsų reakcijos labai neracionalios.

Visi žinome perdėto reagavimo pavyzdžių: kai draugai suabejoja asmens autoritetu, jis staiga nusiteikia karingai; šiaip santūri moteris labai susijaudina, kai „neturi kuo apsirengti" oficialiam priėmimui; studentas, gavęs iš egzamino prastesnį pažymį nei tikėjosi, paniursta ir vadina save visišku nevykėliu. Tokie perdėtai stiprių ar netinkamų emocinių reakcijų pavyzdžiai rodo, kokios svarbios yra vidinės dramos, persmelkiančios mūsų patyrimą: mes įsivaizduojame gėrio ir blogio susidūrimus, triumfą ir tragedijas,

didvyrius ir niekšus. Į šį vidinį spektaklį galime žvilgtelėti sapnuodami ir svajodami. Kai šios audringos jėgos nušluoja racionalius vertinimus, išgyvename perdėtas ar netinkamas emocines reakcijas.

Kai kuriuos žmones šios viduje generuojamos fantazijos taip užvaldo, kad pradeda kontroliuoti jų emocijas ir elgesį. Kai, pasiekus tam tikrą bejėgiškumo ar kančios lygį, ima veržliai vystytis netinkamos ar perdėtos reakcijos, mes jas linkę vadinti „emociniu sutrikimu", „neuroze", „psichologiniu sutrikimu" arba „psichikos liga". Šie sutrikimai dažnai įgauna būdingą formą, kuri leidžia priskirti juos žinomai kategorijai, pavyzdžiui, depresijai, nerimo arba paranojinei būsenai. Nors šie psichologiniai sutrikimai siejasi su jau aprašytomis (3 skyriuje) reakcijomis, nuo normalių emocinių reakcijų jie skiriasi tuo, kad į juos įsiterpia nerealistinės mintys apie esminius paciento gyvenimo dalykus. Mąstymo sutrikimus geriausiai iliustruoja vienas dramatiškiausių psichoterapeutų stebimų sindromų – ūmi neurozė.

ŪMUS EMOCINIS SUTRIKIMAS

Visas psichikos ligos vargas atsispindi ūmioje neurozėje. Ryškiausios formos neurozė reiškiasi įvairiais intensyviais, nemaloniais potyriais. Pažįstami objektai atrodo keisti, iškreipti ar nerealūs. Be to, vidiniai paciento potyriai yra ypatingi. Normalūs pojūčiai galūnėse ar kūne gali dingti. Kūnas gali tapti sunkus arba besvoris. Įvykiai įgauna naujas prasmes ir reikšmes. Seni nereikšmingais laikyti nutikimai darosi grėsmingi. Šios reakcijos aiškiai pranoksta įprasto paciento patyrimo ribas. Kai kurie pacientai patyrimo keistumą lygina su reakcijomis į nuskausminimą, „nemalonia kelione" veikiant narkotikams arba košmaru.

Ypač sekinantis ūmaus emocinio sutrikimo aspektas yra kontrolės,

ankščiau laikytos savaime suprantama, netekimas. Pacientas turi grumtis, kad išlaikytų valingą dėmesio, susikaupimo ir kryptingumo kontrolę. Jam sunku surikiuoti savo mintis ir nuosekliai mąstyti. Jo savęs paties ir aplinkos suvokimas ne tik pasikeičia, jis nyksta, todėl jam sunku suvokti daugelį aplinkos detalių. Paradoksalu, tačiau pacientas gali tapti itin jautrus tokiems stimulams kaip žmogaus balsas arba kai kurie vidiniai pojūčiai. Jo psichika gali sutrikti iki nuovokos netekimo. Nors ir teisingai identifikuodamas, kur ir kas jis yra, pacientas nebūna dėl to tikras.

Kraštutinė šio sutrikimo forma vadinama „katastrofine reakcija". Pacientas išreiškia savo šiurpius potyrius tokiais apibūdinimais: „Nejaučiu, kad esu čia", „Aš kitoks", „Viskas kitaip". Mėgindamas nusakyti tikrąjį potyrį, jis vartoja tokius terminus: „Jaučiu, kad prarandu supratimą", „Kraustausi iš proto", „Mirštu", „Jaučiu, kad tuoj apalpsiu", „Skylu", „Pamišiu". Nors sergantysis šias bauginančias mintis dažnai interpretuoja kaip „išprotėjimo" ženklą, jos dažniausiai susijusios su ūmiomis neurotinėmis reakcijomis, o ne su psichoze.

Be šio keistų jausmų ir įprastų psichinių procesų sutrikimo, pacientui gali būti būdingas intensyvus nerimas, liūdesys ar įniršis. Net jei emocija yra sustiprėjęs malonus jausmas, pavyzdžiui, pakili maniakinių reakcijų nuotaika, jo intensyvumas yra nemalonus.

Ar įmanoma suprasti keistus psichologinius reiškinius, būdingus ūmiai neurozei? Stulbinantis ypatingų potyrių komponentas yra intensyvus savęs įsisąmoninimas. Pacientas labai aiškiai suvokia savo vidinius procesus. Jo dėmesys sutelktas į pojūčius, mintis ir jausmus, ir šie psichiniai procesai tampa labai ryškūs. Be to, jis labai dėmesingas kai kuriems aplinkos požymiams ir užmiršta kitus – tai „tunelio regėjimas". Skirdamas savo dėmesį specifiniams vidiniams ir išoriniams stimulams, pacientas labai sunkiai mobilizuoja pakankamai dėmesio kitoms patyrimo sritims.

Savęs įsisąmoninimo ir dėmesingumo ypatumai ūmios neurozės

atveju panašūs į reakcijas, kurias patiria daugelis žmonių iš tikrųjų grėsmingose situacijose. Studentas, žodžiu ar raštu laikydamas svarbų egzaminą, galbūt išgyvena nerimą dėl iškilusio pavojaus jo gyvenimo tikslams. Jam sunku susikaupti ties užduotimi – skaityti ar klausytis klausimų ir pasitelkti atmintį ieškant atsakymų. Vietoj to jo dėmesį kausto mintys apie nesėkmę, nuolatinis savo veiksmų stebėjimas ir nemalonios emocinės būsenos konstatavimas. Dėl to, kad dėmesys nuolat krypsta prie šių blaškančių minčių, jam sunku suprasti klausimus, jo pastangos prisiminti medžiagą ir suformuluoti tinkamus sakinius yra „blokuojamos". Šį blokavimą ir efektyvumo sumažėjimą lemia ne pats nerimas, o dėmesį prikaustančios nereikalingos mintys ir jausmai[1].

Panašios psichologinės reakcijos gali kilti susidūrus su fiziniu pavojumi. Pirmą kartą patekusiam į mūšį kareiviui gali būti sunku susikaupti ir perkelti dėmesį. Jo dėmesys gali būti taip prikaustytas prie pavojaus suvokimo ir troškimo išgyventi, kad jis neįstengia suprasti ir vykdyti komandų, kurios padėtų jam išlikti gyvam. Apie panašų patyrimą pasakoja ir žmonės, patekę į kitas nesaugias situacijas. Kylantis stačiu kalno šlaitu naujokas gali būti taip susirūpinęs, kad nenukristų, jog eina nevikriai, klupdamas ir todėl pavojingai.

Palyginkime reakcijas į tikrą grėsmę su tomis, kurias patiria pacientas, susirgęs ūmia neuroze. Pacientas labai jautrus pavojų rodantiems stimulams, bet koks pokytis aplinkoje, pavyzdžiui, netikėtas garsas, patraukia jo dėmesį: jis itin budrus, laukdamas signalo, galinčio reikšti pavojų. Kartu jam sunku sukaupti dėmesį į tuos aplinkos komponentus, kurie nežymi pavojaus.

Nepaisant panašumų, pacientas, sergantis ūmia nerimo neuroze, aiškiai skiriasi nuo asmens, susidūrusio su tikru pavojumi. Paciento

[1] Eksperimentinių įrodymų ieškokite Sarason (1972b) ir Horowitz *et al.* (1971) darbuose.

suvokiamas pavojus neegzistuoja arba yra smarkiai perdėtas. Jį ne tik persekioja mintis apie grėsmę, jis nuolat klaidingai interpretuoja nežalingus stimulus kaip rodančius pavojų.

Nerimo neuroze sergančiojo problema – tai ne vien stimulo įvardijimas (jis lengvai gali įvardyti stiprų garsą), o tam tikriems stimulams priskiriamos prasmės ir reikšmės. Jo interpretacijos dirbtinės, mažai tikėtinos, netikroviškos. Sirenos garsas reiškia, kad dega jo namas; skausmas pakaušyje – insulto ženklas; prieinantis nepažįstamasis – tikriausiai žmogžudys. Kaupiamasis visų įvykių kaip pavojaus ženklų interpretavimo padarinys yra iškreiptas realaus pasaulio vaizdas ir augantis nerimas. Klaidingas situacijų aiškinimas padeda pamatą įvairaus laipsnio kognityviniam iškraipymui – nuo nedidelio neatitikimo iki aiškiai klaidingos interpretacijos.

Dėmesio prikaustymas, sąmonės susiaurėjimas, selektyvus apibendrinimas ir iškraipymas atsiranda ne tik ūmių nerimo neurozių atvejais, tai būdinga ir kitoms ūmioms neurozėms, pavyzdžiui, depresijai, hipomanijai arba paranojinėms būsenoms. Šios būsenos skiriasi patiriama emocija: liūdesys, pakili nuotaika, pyktis. Emocijų skirtingumus gali paaiškinti skirtingos deviantiškos prasmės arba minčių temos. Kaip pamatysime, kiekvienos neurozės atveju tikrovė iškreipiama, kad atitiktų sąvokas, vyraujančias paciento mąstyme. Mąstymo sutrikimai sudaro ir kitų neurozių, pavyzdžiui, isterijos, fobijos, obsesinės-kompulsinės neurozės, esmę.

NEUROTINIAI SUTRIKIMAI

Nors klinicistai ir retai susiduria su ūmiais emociniais sutrikimais, ryškūs jų ypatumai nušviečia ne tokius pastebimus sunkumus, pasitaikančius labiau įprastų neurotinių reakcijų formų atvejais. Ne

tokiais dramatiškais neurozių atvejais mąstymo sutrikimas gali reikštis tik tam tikrose situacijose arba susidūrus su tam tikrais sunkumais, žeidžiančiais silpnąsias paciento vietas. Kitomis aplinkybėmis paciento mąstymas pakankamai atitinka tikrovę. Vis dėlto net labiau lėtinių arba švelnesnių neurozių atvejais retkarčiais pasitaiko epizodų, panašių į ūmų emocinį sutrikimą.

Kadangi susiaurėjęs mąstymas, dėmesio fiksacija ir tikrovės iškraipymai galimi sergant bet kuria neuroze, esminiai neurozių skirtumai atsiskleidžia ydingo mąstymo *turiniu*, o ne jo forma. Toliau apžvelgsime kitus mąstymo ypatumus, tipiškus visoms neurozėms, tačiau dabar panagrinėkime turinio skirtumus.

Neurozių, kurioms būdingos stiprios emocinės reakcijos, atvejais kiekvienam sutrikimui būdingą emocinę būseną sužadina specifinis ydingo mąstymo turinys. Liūdesys – tipiška depresijos emocija – kyla iš paciento polinkio interpretuoti patyrimą, įžiūrint savo skurdumą, menkumą ir pralaimėjimą. Pakili nuotaika, būdinga hipomanijos būsenoms, atsiranda dėl nuolatinių minčių apie savo reikšmingumą. Nerimastingo paciento kančių šaltinis – per stiprus polinkis interpretuoti patyrimą kaip pavojingą, o paranojiškas pacientas jaučia stiprų pyktį, nes yra įsitikinęs, kad yra skriaudžiamas.

Pagrindinius duomenis, padėjusius nustatyti neuroze sergančiųjų mąstymo sutrikimus, ėmiau iš pažodinių jų pasakojimų įrašų, padarytų psichoterapijos ar formaliosios psichoanalizės metu (Beck, 1963; 1967). Šie įrašai rodė svarbiausias pasikartojančias pacientų idėjas, situacijų interpretacijas ir automatines mintis. Galimybę, kad aš galėjau paveikti paciento pasakojimus, sumažina faktas, kad mano paties išankstinės nuostatos buvo priešingos iškilusiam turiniui. Pavyzdžiui, nesyk pasikartojęs pastebėjimas, kad depresija ir nerimas grindžiami kognityviniais iškraipymais, susijusiais atitinkamai su netekties ir pavojaus tema, privertė mane peržiūrėti savo nuomonę apie šiuos sutrikimus. Naujos formuluotės pamažu išstūmė psichoanalitinius aiškinimus, kurių buvau išmokytas ir

kuriais tikėjau, kad depresiją sukelia į save nukreiptas priešiškumas, o nerimą – gresiantis draudžiamo troškimo įsiveržimas į sąmonę.

Pirmą kartą savo atradimus ir išvadas aprašiau, remdamasis 81 savo paciento duomenimis (Beck, 1963). Duomenys nepasikeitė ir dirbant su kitu šimtu pacientų (Beck, 1970c). Taip pat aptikau ir daugiau šias išvadas patvirtinančių duomenų, kuriuos surinko psichiatrijos gydytojai rezidentai, apklausdami pacientus per diagnostinį interviu. Tuo pat metu mano formuluotes parėmė kontroliniai mano tyrėjų grupės tyrimai (Beck, 1961; Loeb, Beck ir Diggory, 1971) ir savarankiški kitų klinicistų bei mokslininkų stebėjimai ir studijos (Ellis, 1962; Velten, 1967).

Remdamasis klinikiniais stebėjimais ir sistemingomis studijomis, galėjau suskirstyti įprastus neurotinius sutrikimus pagal minčių turinio ypatumus. Šiuos skirtumus rodo 1 lentelė.

1 lentelė

MINČIŲ TURINYS SERGANT NEUROZĖMIS

	Specifinis minčių turinys
Depresija	Asmeninės srities nuvertinimas
Hipomanija	Perdėtas asmeninės srities vertinimas
Nerimo neurozė	Pavojus asmeninei sričiai
Fobija	Pavojus, susijęs su specifinėmis vengtinomis situacijomis
Paranojinė būsena	Neteisėtas įsiveržimas į asmeninę sritį
Isterija	Idėja apie motorikos arba sensorikos nenormalumą
Įkyrumai	Įspėjimai arba abejonės
Kompulsija	Nurodymai sau atlikti specifinį veiksmą, kad atremtum pavojų

Depresija

Depresiškų pacientų mintys sukasi apie reikšmingą netektį. Pacientas suvokia, kad prarado kažką esminga savo laimei ar ramybei; jis numano, kad bet koks svarbus sumanymas baigsis blogai; mano, kad jo trūkumai neleis pasiekti svarbių gyvenimo tikslų. Šią temą galima suformuluoti kaip kognityvinę triadą: neigiamas Aš vaizdas, neigiama gyvenimo patirties interpretacija, nihilistinis požiūris į ateitį.

Nepataisomo praradimo jausmas ir neigiami lūkesčiai sukelia tipiškas su depresija siejamas emocijas: liūdesį, nusivylimą ir apatiją. Negana to, kai jausmas, kad esi įstrigęs nemalonioje situacijoje arba įklimpęs į neišsprendžiamus sunkumus, stiprėja, pranyksta savaiminė konstruktyvi motyvacija. Be to, pacientas jaučiasi stumiamas nusižudyti ir taip pasitraukti iš akivaizdžiai nepakeliamos padėties.

Hipomanijos būsena

Hipomanijos arba manijos atveju paciento minčių turinys yra priešingas depresiškoms mintims. Toks pacientas į kiekvieną savo gyvenimo potyrį žiūri kaip į didelį laimėjimą. Visus patyrimo faktus jis vertina labai pozityviai, nerealistiškai tikisi palankių savo pastangų rezultatų, pervertina savo sugebėjimus. Teigiami vertinimai sukelia pakilią nuotaiką. Be to, nuolatinis savęs pervertinimas ir perdėtai optimistiški lūkesčiai gena pacientą nuolat ką nors veikti.

Nerimo neurozė

Nerimastingo paciento mąstyme vyrauja pavojaus jo asmeninei sričiai tema; t. y. jis numato žalą sau, savo šeimai ir turtui arba statusui ir kitoms neapčiuopiamoms vertybėms. Priešingai nei

fobijos varginamas pacientas, kuris patiria nerimą išvengiamose situacijose, nerimo neuroze sergantysis įžvelgia pavojų situacijose, kurių negali išvengti. Asmuo, kuris nuolat baiminasi sunkios ar mirtinos ligos, kiekvieną neįprastą fiziologinį simptomą gali laikyti tokios ligos požymiu. Oro trūkumas gali sukelti mintį apie širdies priepuolį; vidurių užkietėjimas, laisvėjimas arba neaiškus skausmas gali versti pacientą manyti, kad jis serga vėžiu. Dažnai ir išorinius stimulus jis priima su baime. Netikėtą garsą jis gali aiškintis kaip nelaimės signalą. Triukšmas namuose sužadina vagių įsilaužimo baimę; automobilio detonavimas reiškia šūvius; vaiko riksmas sukelia fizinės prievartos vaizdinius.

Daugelis nerimastingų pacientų labiausiai bijo psichologinės žalos. Nerimastingas asmuo dažnai baiminasi, kad kiti žmonės, ir draugai, ir nepažįstami, jį atstums, pažemins arba paniekins. Fizinės ar psichologinės žalos numatymas tvirtai siejasi su nerimu; vadinasi, kai susidaro tokie lūkesčiai, stimuliuojamas nerimas.

Fobija

Fobijų atvejais fizinės ir psichologinės žalos numatymas ribojasi konkrečiomis situacijomis. Jei pacientas gali išvengti tokių situacijų, jis nejaučia grėsmės ir gali būti ramus. Jei jis susiduria su tokia situacija iš būtinybės arba iš troškimo įveikti savo problemą, patiria tipiškus nerimo neurozei subjektyvius ir fiziologinius simptomus.

Kaip ir psichikos sutrikimų, apie kuriuos rašiau anksčiau, atvejais, kognityvinis paciento atsakas į stimulo situaciją gali būti išreiškiamas vien žodžiais arba vaizduote. Aukščio bijanti moteris, kuri išdrįso pakilti į dvidešimtą pastato aukštą, staiga įsivaizdavo, kad pakrypo grindys, ji nuslydo prie lango ir iškrito. Moteris išgyveno tokį intensyvų nerimą, tarsi vaizdinys būtų buvęs tikras įvykis.

Tam tikrų situacijų baimė pagrįsta žalingų situacijos požymių

pervertinimu. Asmuo, kuris turi tunelio fobiją, bijo, kad tunelis jį užgrius, jis uždus arba ūmiai ir labai pavojingai susirgs ir laiku nesulauks pagalbos. Akrofobiją turintis žmogus panašiai reaguoja į aukštį. Jis bijo nukristi, bijo, kad statinys sugrius arba kad jis pats impulsyviai šoks žemyn.

Paranojinė būsena

Paranojiškas pacientas nuolat galvoja, kad kiti žmonės juo sąmoningai piktnaudžiauja arba trukdo jam siekti savo tikslų. Priešingai negu depresiškas pacientas, manantis, kad jo įsivaizduojami įžeidimai ar atstūmimas yra pagrįsti, paranojiškas ligonis yra tvirtai įsitikinęs, kad elgiamasi neteisingai. Pagrindinė jo minčių tema: „Aš teisus, jis klysta" yra priešinga depresiško ligonio mintims: „Aš klystu, jis teisus". Priešingai negu depresiškų pacientų, paranojiško ligonio savoji vertė nesumenkėja. Jis labiau susirūpinęs neteisingu jo asmeninės srities puolimu nei realiais šios srities praradimais.

Skirtumus tarp nerimo neurozės, neurotinės depresijos ir paranojinės būsenos galima apibendrinti taip: nerimastingas pacientas labiausiai nerimauja dėl galimo užpuolimo; paranojiškas pacientas daugiausia galvoja apie įsivaizduojamo puolimo arba jo asmeninės srities ribų pažeidimo neteisingumą ir piktybiškus motyvus; depresiškas pacientas susitelkia į numanomą netektį, kurią sieja su savo paties trūkumais.

Įkyrumai ir kompulsijos

Įkyrumų turinys iš esmės siejasi su tam tikra tolima rizika ar pavojumi, išreiškiamais abejone arba įspėjimu. Asmuo gali nuolat abejoti, ar jis ėmėsi veiksmų, būtinų saugumui užtikrinti (pavyzdžiui, ar išjungė dujas), arba ar sugebės atlikti darbą. Jo mintys skiriasi nuo nerimo neuroze sergančiojo minčių, nes siejasi su veiksmais, kurių,

paciento manymu, jis turėjo imtis arba nesiimti. Pastarąjį atvejį iliustruoja pavyzdys, kai pacientas mano užsikrėtęs leukemija, nes lietė leukemija sergančio žmogaus drabužį.

Kompulsijas sudaro pastangos veiksmais numalšinti perdėtas abejones ar įkyrias mintis. Pavyzdžiui, įkyrus rankų plovimas grindžiamas paciento įsivaizdavimu, kad nuo savo kūno jis nenusiplovė viso purvo ar užkrato. Purvą jis laiko pavojaus šaltiniu, fizinės ligos arba bjaurių kvapų priežastimi. Dažnai susiduriame su fobijos, įkyrumų ir kompulsijos triada. Pavyzdžiui, pacientas bijojo radiacijos žalos. Jo fobija reiškėsi kontakto su spinduliuojančiais objektais (pavyzdžiui, laikrodžiais dėl jų radioaktyvių ciferblatų arba televizoriais) vengimu. Po neišvengiamo kontakto su tokiu objektu jis svarstydavo, ar neužsikrėtė (įkyrumas). Todėl pacientas, kad nusiplautų tariamą radioaktyvią medžiagą, ilgai maudydavosi vonioje (kompulsija).

Isterinės reakcijos

Isteriškas pacientas įsitikinęs, kad serga fizine liga. Kadangi įsivaizduota liga nemirtina, jis žiūri į ją be didelio nerimo. Isterija sergantieji iš esmės „įsivaizduoja pojūčius", t. y. jie įsivaizduoja tam tikrą ligą ir tada pritaiko savo patyrimą ligai patvirtinti. Paprastai pacientas jaučia sensorikos ir motorikos nenormalumus, atitinkančius įsivaizduotą organinę ligą.

PSICHOZĖS

Nors sudėtinga psichozių tema yra jau ne mūsų tyrinėjimų sritis, gali būti pravartu palyginti psichozėms ir neurozėms būdingą minčių turinį. Psichozine depresija sergančiųjų minčių turinys analogiškas neurotinės depresijos mintims. Paranojai ir paranoidinei

schizofrenijai būdingas panašus turinys kaip ir paranojinėms būsenoms. Manija primena platų hipomanijos turinį. Tačiau psichozėms būdingos mintys yra keistesnės, labiau groteskiškos ir kraštutinės nei neurozių. Depresiškas neurotikas gali laikyti save socialiai neprisitaikančiu, o depresiškas psichoze sergantis ligonis – manyti, kad skleidžia bjaurų kvapą, atbaidantį kitus žmones.

Psichozėms kaip klasei būdingi ryškesni kognityviniai pakenkimai nei neurozėms. Įkyrios mintys intensyvesnės ir sunkiau koreguojamos patyrimu. Paciento gebėjimas objektyviai vertinti klaidingas idėjas daug labiau ribotas. Be to, mąstymas daug labiau nelogiškas ir nerealistinis.

MĄSTYMO SUTRIKIMŲ PRIGIMTIS

Mąstymo sutrikimą, nesant organinės patologijos, įprasta laikyti schizofrenijos požymiu. Depresija, manija ir nerimas – atsižvelgiant į akivaizdžią emocinę jų raišką – priešingai, iš esmės buvo laikomos „afektiniais" arba emociniais sutrikimais. Tačiau dabar pakanka duomenų tvirtinti, kad mąstymo sutrikimas, nors ir ne toks didelis ir labiau apibrėžtas nei schizofrenijos atveju, yra svarbus įprastų sutrikusios psichikos sindromų komponentas.

Ilgalaikio tyrimo metu (Beck, 1963) nustačiau, kad kiekvienas pacientas visą laiką klaidingai interpretavo tam tikrą patyrimą. Tikrovės iškraipymai įvairavo nuo subtilaus neatitikimo nedidelių neurozių atveju iki žinomų groteskiškų interpretacijų bei kliedesių psichozių atvejais. Savotiškas pacientų mąstymas nuolat nukrypdavo nuo tikrovės ir logikos keistomis išvadomis, selektyviu abstrahavimu ir pernelyg plačiais apibendrinimais. Šitaip iškreiptos būdavo mintys, susijusios su specifine paciento problema. Pavyzdžiui, depresiškas pacientas klysdavo, galvodamas apie savo vertę, nerimastingas pacientas – galvodamas apie pavojų.

Iškreiptoms mintims buvo būdingi „automatinių minčių" požymiai (žr. 2 skyrių). Jos kildavo tarsi nevalingai, be jokių apmąstymų ar svarstymų. Nors kitiems žmonėms jos atrodė vargiai įtikimos, pacientas jomis tikėdavo. Galiausiai jas buvo sunkiau pakeisti įtikinėjimu ir prieštaraujančių duomenų argumentais nei kitas mintis, nesusijusias su specifine psichopatologija. Stebėjau įvairiai sutrikusį mąstymą – nuo nežymiai neurotiško iki labai psichotiško. Ligai sunkėjant, pacientas reikšdavo vis daugiau iškreiptų minčių, jas dažniau kartodavo ir vis labiau į jas susitelkdavo.

Personalizacija

Neišvengiamas žmogaus egocentriškumas per amžius intrigavo filosofus ir rašytojus. Tam tikra prasme kiekvienas žmogus turi asmeninį pasaulį, kurio centras yra jis pats. Heideggeris (1927) ir kiti autoriai aprašė, kaip kiekvienas individas konstruoja savo asmeninį pasaulį. Vis dėlto žmonės paprastai gali objektyviai spręsti apie išorės įvykius – ar net apie save – ir geba atskirti asmeninę įvykio prasmę nuo objektyvių jo ypatybių. Žmonės sugeba spręsti dviem skirtingais lygmenimis – asmeniniu (arba atitinkančiu asmeninę sritį) ir kitu, nesusijusiu su jais pačiais. Psichikos sutrikimų atveju matome, kad egocentriškos interpretacijos tampa nepaprastai įkyrios ir gali visiškai išstumti objektyvius vertinimus. Polinkis interpretuoti įvykius pagal asmeninę jų prasmę vadinamas „personalizacija" arba „rėmimusi savimi".

Personalizacijos ir rėmimosi savimi procesą geriausiai iliustruoja kai kurie kraštutiniai pavyzdžiai: būtent pacientų, priklausančių miglotai „psichozėmis sergančiųjų" kategorijai, atvejais. Paranojiškas schizofrenikas mano, kad asmenys, kuriuos jis mato per televiziją, kalba jam, ir jiems atsako. Depresine psichoze sergantis ligonis išgirsta apie infekcinės ligos epidemiją tolimoje šalyje ir kaltina save, kad ją sukėlė. Maniakiška moteris tikra, kad visi

sutiktieji gatvėje ją įsimylėję. Psichotiški pacientai nuolat taip interpretuoja visiškai su jais nesusijusius įvykius, tarsi patys būtų juos nulėmę arba tarsi jie būtų nukreipti prieš juos asmeniškai.

Ne tokios ryškios rėmimosi savimi formos būdingos neurotiškiems pacientams. Jie linkę pervertinti savo ryšį su įvykiais ir perdėtai domėtis asmenine tam tikrų nutikimų prasme. Depresiškas ligonis, matydamas surauktą kito žmogaus veidą, galvoja: „Jis bjaurisi manimi". Nors šiuo atveju įmanoma, kad ligonis teisus, jo klaida slypi mintyje, kad kiekviena kitų žmonių grimasa reiškia pasibjaurėjimą juo. Jis pervertina negatyvių jausmų, kuriuos sukelia kitiems žmonėms, dažnumą ir stiprumą. Depresiška motina kaltina save už kiekvieną savo vaikų trūkumėlį. Nerimastingas pacientas bet kokį pavojaus signalą susieja su savimi: pravažiuojantis greitosios pagalbos automobilis verčia jį manyti, kad jo vaikas pakliuvo į avariją.

Kita personalizacijos forma yra nenuslopinamas polinkis lyginti save su kitais žmonėmis. Moteris, žvelgdama į plakatą, kuriame vaizduojama laiminga motina su vaiku, galvoja: „Ji daug labiau atsidavusi vaikui nei aš". Studentas, išgirdęs, kad jo draugas laimėjo prizą, mano: „Aš kvailys, jei nelaimėjau prizo". Jaunas fobijos apimtas pacientas, skaitydamas apie širdies priepuolio ištiktą senuką, mąsto: „Jei jį ištiko širdies priepuolis, tai gali nutikti ir *man*" ir pajunta skausmą krūtinėje.

Esminį mąstymo egocentriškumą galima pastebėti kiekviename iškreipto neurotiško mąstymo aspekte. Decentracijos procesas, t. y. individo mokymas kliautis atskaitos sistema, kuri nesiremia juo pačiu, aprašytas 10 skyriuje.

Poliarizuotas mąstymas

Neurotiškas pacientas linkęs mąstyti kraštutinėmis sąvokomis tokiose situacijose, kurios paliečia jautrias jo vietas, pavyzdžiui,

savęs vertinimą (depresija), pavojaus suvokimą (nerimo neurozė). Mąstymas kraštutinėmis sąvokomis gali apsiriboti keliomis sritimis. Įvykiai įvardijami kaip juodi ar balti, geri ar blogi, nuostabūs ar siaubingi. Ši ypatybė buvo pavadinta „dichotomišku" arba „bipoliariniu" mąstymu (Neuringer, 1961). Pagrindinės tokio mąstymo prielaidos paprastai išreiškiamos absoliučiais teiginiais, pavyzdžiui, „visada" arba „niekada".

Pavyzdys iš kasdienio gyvenimo galėtų būti jaunuolis, kuris bendravimą supranta kaip visišką pripažinimą arba kaip visišką atmetimą. Jis atidžiai apžiūrinėja vos ne kiekvieną asmenį, su kuriuo susiduria – nuo parduotuvės tarnautojo iki gatvės praeivio – kad nustatytų, ar asmuo jį priima, ar atmeta. Jis negali moduliuoti savo vertinimų, kad jie įgautų subtilesnių atspalvių, pavyzdžiui, „iš dalies priima", „šiek tiek atmeta" arba „yra neutralūs". Neutralumas (ir abejingumas) reiškia atmetimą ir liūdina jį; šypsena reiškia visišką pripažinimą ir sukelia pakilią nuotaiką.

Panašus tokio mąstymo pavyzdys buvo jaunas koledžo studentas, žaidęs krepšinį. Jei per rungtynes pelnydavo mažiau nei aštuonis taškus, jis galvodavo: „Esu nevykėlis" ir liūdėdavo. Aštuoni ir daugiau taškų reikšdavo: „Esu puikus žaidėjas", ir jis labai pralinksmėdavo.

Kartais mąstymas kraštutinumais yra vienpoliaris: pavyzdžiui, įvykiai suvokiami kaip itin nepalankūs, kaip neutralūs arba kaip visai nereikšmingi. Įprastas nerimastingo paciento pasakymas „Baigta" rodo, kad pacientas numato visiškai blogus padarinius. Nerimastingo paciento mintys nuolat krypsta į nepalankiausią situacijos išeitį iš visų galimų. Pavyzdžiui, įsibrėžęs ranką pacientas iš karto ima nerimauti, kad nudrėskimas gali baigtis mirtina infekcija.

Asmens polinkis į kraštutinius vertinimus gali apsiriboti apčiuopiamais objektais. Pavyzdžiui, žmogus labai susijaudindavo aptikęs kad ir nežymią žalą savo materialiam turtui. Menkas automobilio

įlenkimas, baldų įbrėžimas, dėmė drabužyje reikšdavo milžinišką nuostolį. Kartą jis aptiko, kad netikėtai stipri židinio liepsna nusvilino apsaugines groteles. Jis blaškėsi keletą valandų, galvodamas: „Tai nepataisoma žala. Ji sugadins visą kambarį. Jis buvo tobulas, o dabar subjaurotas". Po kelių dienų į žalą jis žvelgė objektyviau (t. y. laikė ją nereikšminga). Žalos perdėjimas atsispindėjo ir savikritikoje: „Buvau kvailys, kad leidau tam atsitikti. Aš neišmanėlis, nieko negaliu atlikti gerai".

Asmenys, kurie į žalingus stimulus paprastai reaguoja pykčiu, taip pat gali būti linkę į kraštutinius vertinimus. Panagrinėkime motinos reakciją, vaikui pametus pirštinę: „Tai baisu. Per tave mes nusigyvensime. Tu nieko nesugebi".

Kiti mąstymo tipai, kuriems būdingi iškraipymai ir klaidingos interpretacijos, taip pat susiję su visa apimančiais kraštutiniais vertinimais (Beck, 1963). *Selektyvus abstrahavimas* reiškia detalės atitraukimą nuo konteksto ir visos situacijos prasmės ignoravimą. Jei asmuo daro išvadą, kai trūksta duomenų arba kai jie iš tikrųjų jai prieštarauja, tai yra *šališka išvada. Nepagrįstas apibendrinimas* reiškia klaidingą apibendrinimą remiantis vienu įvykiu. Pavyzdžiui, padaręs klaidą vaikas galvoja: „Nieko nepadarau teisingai". Šie pavyzdžiai rodo, kaip iškreiptai gali būti mąstoma situacijose, kurios susijusios su tam tikrais opiais klausimais, pavyzdžiui, pripažinimas ir atstūmimas, sėkmė ir nesėkmė, sveikata ir liga, nauda ir nuostolis.

„TAISYKLIŲ VALDŽIA"

Matėme (2 skyrius), kad asmuo turi įvairių taisyklių, pagal kurias dešifruoja ir vertina savo patyrimą ir reguliuoja savo bei kitų elgesį. Šios taisyklės daro poveikį žmogui, nors jis jų ir neįsisąmonina. Žmogus selektyviai sijoja, jungia į visumą ir rūšiuoja įvairius

stimulus bei formuoja atsakus, pats sau aiškiai neišreikšdamas taisyklių ir nuostatų, kurios diktuoja jo interpretacijas ir reakcijas. Impulsų priėmimo ir reakcijų aparatas veikia anaiptol ne tobulai.

Sunkumų neišvengiamai kyla, kai reikia suprasti kitų žmonių elgesį. Dėl nepakankamo ar klaidingo patyrimo asmuo gali padaryti klaidingą išvadą apie žmonių elgesio *prasmę*: jų nuostatas jo atžvilgiu, dabartinius tikslus ir tikėtiną būsimą elgesį su juo.

Pavyzdyje, pateiktame antrame skyriuje, dėstytojas davė pastabą studentėms. Studentė aiškinasi: ar tai draugiškas poelgis? Ar tai rodo, kad ji supykdė dėstytoją? Ar tai reiškia, kad dėstytojas laiko studentę kvaila? Ar linkęs griežtai ir negailestingai ją įvertinti? Kai galimos išvados iš tam tikros sąveikos tokios įvairios, nenuostabu, kad daugelis studentų itin jautriai reaguoja į dėstytojų pastabas!

Kartais studentai dėstytojo pastaboje įžiūri daugiau griežtumo, nei jo yra. Jei studentas tik truputį ir trumpam perdeda ar iškreipia sąveiką, jis gali išlaikyti savo psichologinę pusiausvyrą. Tačiau panagrinėkime atvejį gabaus studento, kuris dėl ypatingo jautrumo kritiką linkęs laikyti įžeidžiančia. Kai „kritikos" daugėja, jis vis labiau linksta taip traktuoti dėstytojo pastabas ar pasiūlymus. Jei tokio nusiteikimo iš pagrindų nepakeičia koks nors aiškiai teigiamas dėstytojo veiksmas, studentas pradeda kritika vadinti viską, net neutralius ar ir šiek tiek teigiamus dėstytojo žodžius. Jis perdėtai apibendrina iki tokio laipsnio, kad daro išvadą, jog ne tik jo dėstytojas, bet ir visi kiti jo dėstytojai jį kritikuoja ir laiko kvailu. Remdamasis šiais „duomenimis" studentas daro išvadą, kad jis visiškai, nepataisomai niekam tikęs – jis nieko vertas. Be to, įsivaizduokime, kad studentas, grįžęs į savo kambarį, tiek daug galvoja apie šitokį savo „pasmerkimą" ir „klaidas", jog nebegali susikaupti savo darbui. Tada jis interpretuoja susikaupimo sunkumus ir iš to išplaukiantį suprastėjusį mokymąsi kaip menkavertiškumo įrodymą. Dar prisiminkime neišvengiamą disforiją – tikriausiai liūdesį, sumišusį su nerimu, – ir pamatysime beprasidedantį

psichikos sutrikimą. Jei tokia būsena išlieka daugelį dienų ar savaičių, ji virsta depresija.

Šį hipotetinį atvejį galime paanalizuoti studento taisyklių požiūriu. Kiekvienoje sąveikos situacijoje studentas dėstytojo įvertinimams taiko savo taisykles. Jos tokios: „Kritika reiškia, kad dėstytojas laiko mane kvailu. Jei autoritetas mano, kad aš kvailas, vadinasi, *esu* kvailas. Kadangi esu kvailas, niekada nieko nepasieksiu". Paskui jis pritaiko formulę savo suprastėjusiam mokymuisi: „Mano nesėkmės *įrodo*, kad aš kvailas". Jie netgi turi taisyklę iš to išplaukiančiai disforijai: „Jei man liūdna, vadinasi, man nepasiseks". Studento „loginių " operacijų sekoje viena išvada yra kitos prielaida.

Kiekvienas iš anksčiau aptartų psichikos sutrikimų turi savo taisykles. Nerimo neurozės taisyklės susijusios su pavojaus samprata ir paciento gebėjimo jį įveikti vertinimu. Išvada, daroma pritaikius taisykles, įgyja prognozių formą, pavyzdžiui: „Man nuolat gresia pavojus prarasti brangiausius dalykus (sveikatą, gyvybę, draugus, darbą)"; „Neturiu priemonių grėsmei atremti". Specifinės taisyklės, pagal kurias daromos šios išvados, taikomos (arba – klaidingai taikomos) specifiniams įvykiams: „Pulso padažnėjimas reiškia, kad mane ištiko širdies priepuolis, ir, jei nesulauksiu pagalbos, aš mirsiu"; „Aš ne namie ir, jei kas blogo atsitiks, prapulsiu"; „Jei padarysiu klaidą, nuteiksiu prieš save viršininką, ir jis mane atleis".

Nerimo atveju taisyklės dažniausiai turi sąlygą: „*Jei* kas nors atsitiks, tai tikriausiai blogai baigsis". Taigi, įvykus įvykiui, išlieka nežalingos pabaigos tikimybė. Depresijos taisyklės, priešingai, yra absoliučios ir neturi sąlygų: „Dabartiniai mano trūkumai reiškia, kad visada būsiu nevykėlis".

Fobijų atveju taisyklės taip pat turi sąlygą: jos taikomos situacijoms, kurių pacientas gali sėkmingai išvengti: „Jei įvažiuosiu į tunelį, galiu uždusti"; „Jei nueisiu į nepažįstamą vietą, galiu paklysti". Šiais atvejais pacientas taip pat vadovaujasi taisykle:

„Nesugebėsiu situacijos įveikti pats". Kaip ir nerimo atveju, pagal šias taisykles, nelaimė yra labai tikėtina. Tačiau pacientą dažnai padrąsina prielaida: „Jei kartu bus žmogus, kuris padės, tai gali mane išgelbėti". Taigi daugelis fobijos kamuojamų pacientų gali ištverti bauginančią situaciją, jei kartu yra „pagalbininkas".

Depresijos atveju pagal tokias taisykles iš esamų ir buvusių aplinkybių išvedamos neigiamos prasmės ir neigiami numatymai. Jose nėra „išlygos apie išvengimą", kaip nerimo ar fobijų atveju. Taisyklių pavyzdžiai: „Nesėkmė karjeroje reiškia visiškai nenusisekusį gyvenimą"; „Man dabar liūdna, todėl bus liūdna visada"; „Kai kas nors nesiseka, tai dėl mano kaltės"; „Žmonos meilės praradimas reiškia, kad esu nieko vertas"; „Jei manimi nesižavima, vadinasi, aš niekam nepatinku".

Manijų atvejais prielaidų turinys yra priešingas depresiškajam. Taisyklės suformuluotos taip, kad padidintų naudą ir pakeltų savąją vertę: „Jei žmonės į mane žiūri, vadinasi, jie manimi žavisi"; „Bet kokį darbą atliksiu puikiai"; „Kiekviena sėkmė įrodo, koks neprilygstamas esu".

Paranojiško paciento taisyklės dažniau besąlygiškos ir absoliučios. Taisyklių turinys atsiduoda visur įžvelgiamu sąmokslu, nepagrįsta skriauda, diskriminacija: „Kai žmonės su manimi nesutinka, jie tyčia stengiasi man prieštarauti"; „Kai negaliu pasiekti, ko noriu, tai reiškia, kad kas nors man kenkia"; „Jei reikalai nesiklosto, vadinasi, yra įsikišę kiti žmonės".

Kai teiraujamės paciento apie jo mintis, paprastai jis nepasako, kokios taisyklės nulemia jo interpretaciją. Vietoj to jis konstatuoja savo *išvadą*. Pavyzdžiui, nerimo neuroze sergantis pacientas teigia: „Aš tikriausiai mirsiu"; depresija: „Praradau viską, kas man brangu... aš nieko vertas"; manija: „Man nėra lygių"; paranojinė reakcija: „Visi prieš mane".

Taisyklę (prielaidą) turime išsiaiškinti remdamiesi išvada. Kartais pacientas gali lengvai suformuluoti taisyklę. Depresijos ir

suicidinių minčių kamuojama moteris, kurios ryšiai su mylimuoju neseniai nutrūko, pasako: „Aš nieko verta". Paklausta kodėl, ji atsako, tarsi tai būtų universali tiesa: „Jei manęs nemyli, esu niekam tikusi". Dažniau taisyklei išryškinti prireikia keleto klausimų:

Nerimastingas pacientas: Manau, aš mirštu.
Psichoterapeutas: Kas verčia jus taip manyti?
Pacientas: Mano širdis stipriai plaka. Viskas darosi neryšku. Negaliu įkvėpti oro... Visas išprakaitavau.
Psichoterapeutas: Kodėl tai reiškia, kad jūs tuoj mirsite?
Pacientas: Todėl, kad tai panašu į mirtį.
Psichoterapeutas: Iš kur jūs žinote?
Pacientas (kiek pagalvojęs): Gal ir nežinau. Bet *manau*, kad tai mirties požymiai.

Paciento taisyklė (prielaida) sako, kad šis simptomų derinys prilygsta artėjančiai mirčiai. Tačiau iš tikrųjų šie simptomai (širdies plakimas, oro trūkumas, negalėjimas susikoncentruoti) yra tipiški ūmaus nerimo priepuolio požymiai. (Žinoma, tiesa, kad šie „nerimo simptomai", būdami susiję su tipiniais organinės ligos požymiais, gali rodyti tikrą pavojų gyvybei.) Paciento mintys ir nerimas ima suktis ydingu ratu. Mintys apie mirtį didna nerimą, kuris pasireiškia fiziologiniais simptomais; šie simptomai savo ruožtu interpretuojami kaip artėjančios mirties ženklas.

Kaip šių taisyklių taikymas hipertrofuojasi į emocinį sutrikimą? Kadangi taisyklės dažniausiai išreiškiamos kraštutiniais teiginiais, pagal jas daroma kraštutinė išvada. Jos taikomos kaip silogizme.

Didžioji prielaida: „Jei manęs nemyli, esu nieko verta".
Konkretus atvejis: „Reymondas manęs nemyli".
Išvada: „Esu nieko verta".

Žinoma, pacientas neišsako minčių iš eilės kaip silogizme. Didžioji prielaida (taisyklė) jau yra tapusi jo kognityvinės sistemos dalimi ir yra taikoma esamoms aplinkybėms. Pacientas galbūt apmąsto mažąją prielaidą (konkrečią situaciją) ir tikrai suvokia išvadą.

Psichologiniam sutrikimui būdingas mąstymo sutrikimas gali būti analizuojamas taisyklių veikimo požiūriu. Tokie įprasti mąstymo nukrypimai kaip perdėjimas, pernelyg platus apibendrinimas ir suabsoliutinimas įvelkami į taisyklės pavidalą, todėl verčia asmenį daryti perdėtą, pernelyg apibendrintą, absoliučią išvadą. (Žinoma, normaliai būsenai būdingos ir lankstesnės taisyklės, kurios sušvelnina kraštutines taisykles, vyraujančias sutrikimų atvejais.)

Kai paciento susirūpinimo objektas siejasi su specifinėmis jo silpnybėmis, primityvesnės taisyklės dažnai išstumia brandesnę sampratą. Kai pacientas sutinka su kraštutine išvada, lengviau įsigali ir kitos primityvios taisyklės.

Jei, pavyzdžiui, pacientas persiima idėja „Draugai šiandien man nepaskambino, vadinasi, jie manęs nemyli ir laiko nieko vertu", jis gali būti linkęs šią išvadą panaudoti kaip prielaidą tolesnei, dar labiau apibendrinančiai išvadai: „Aš nieko vertas, vadinasi, niekas manęs niekada nemėgs". Ši prielaida sudaro galimybes tokiai išvadai: „Be meilės neverta gyventi. Man nėra tikslo toliau gyventi".

Depresijos paradoksai

Guliu atvertomis akimis, skaičiuodamas, kas bus,
mėgindamas išpinti, išvyti, išnarplioti
ir sudėlioti praeitį ir ateitį
nuo vidurnakčio iki aušros, kai praeitis – tai vien apgaulė,
o ateitis be ateities...

T. S. Eliot

Mokslininkas, išrinktas autoritetingos mokslininkų grupės prezidentu, pamažu tapo niūrus ir prisipažino draugui, kad trokšta viską mesti ir tapti valkata.

Atsidavusi motina, visada labai mylėjusi savo vaikus, ėmė jais nebesirūpinti ir sumanė visą planą, kaip juos nužudyti ir nusižudyti pačiai.

Malonumų mėgėjas, labiau už viską mėgęs gardžiai pavalgyti, pradeda bjaurėtis maistu ir nustoja valgyti.

Moteris, išgirdusi apie staigią artimos draugės mirtį, pirmą kartą per daugelį savaičių šypteli.

Šie keisti veiksmai, visiškai nesuderinami su buvusiu individo elgesiu ir vertybėmis, išreiškia tą patį visiems bendrą sutrikimą – depresiją. Dėl kokios užgaidos depresija tyčiojasi iš švenčiausių žmogaus prigimties ir biologijos dalykų?

Atrodo, kad nyksta savęs išsaugojimo ir motinystės instinktai. Gęsta esminiai biologiniai instinktai: alkio ir seksualinio potraukio. Suardomas miegas – visų sielvartaujančiųjų guodėjas. Išgaruoja „socialiniai instinktai": potraukis bendrauti, mylėti ir draugauti. Tikrovės ir malonumo principai, tikslas didinti malonumą ir

mažinti skausmą pranyksta. Sugebėjimas džiaugtis ne tik nuslopinamas – keistos ligos aukos, atrodo, elgiasi taip, kad pagilintų savo kančią. Depresijos apimto paciento gebėjimai linksmai atsakyti į humorą arba piktai reaguoti į visad jį siutinusias situacijas atrodo prarasti.

Seniau ši keista nelaimė buvo priskiriama demonams, neva užvaldžiusiems auką. Nuo tų laikų sukurtos teorijos dar patenkinamai nepaaiškino depresijos problemos. Mus vis dar slegia psichologinis sutrikimas, kuris, atrodo, diskredituoja tvirčiausiai nusistovėjusias idėjas apie žmogaus prigimtį. Paradoksalu, tačiau depresijos anomalijos gali padėti suprasti šią paslaptingą būseną.

Visiškas depresijos apimto paciento elgesio pasikeitimas iš pradžių atrodo nepaaiškinamas. Sergant depresija, paciento asmenybė tampa daug panašesnė į kitų sergančiųjų depresija asmenybes nei į buvusiąją anksčiau. Malonumą ir džiaugsmą pakeičia liūdesys ir apatija; įvairius spontaniškus troškimus ir veiklą užtemdo pasyvumas ir troškimas pasitraukti; alkį ir seksualinį potraukį pakeičia pasibjaurėjimas maistu ir seksu; domėjimasis ir noras užsiimti įprasta veikla pavirsta vengimu ir nusišalinimu. Galiausiai dingsta noras gyventi ir jo vietą užima troškimas mirti.

Siekdami suprasti depresiją, pirmiausia pamėginkime įvairius reiškinius surikiuoti į tam tikrą suprantamą seką. Įvairūs autoriai svarbiausiais laikė vieną iš šių dalykų: didelį liūdesį, norą „užmigti žiemos miegu", polinkį naikinti save arba fiziologinius sutrikimus.

Ar katalizuojantis veiksnys yra kankinanti emocija? Jei depresija pirmiausia yra afektinis sutrikimas, kitus simptomus turėtų būti galima paaiškinti emocine būsena. Tačiau pati nemaloni subjektyvi būsena neatrodo pakankamas kitų depresijos simptomų stimulas. Tokios nemalonios būsenos kaip fizinis skausmas, šleikštulys, galvos svaigimas, oro trūkumas ar nerimas retai sukelia depresijai tipiškus simptomus, pavyzdžiui, svarbiausių gyvenimo tikslų išsižadėjimą, šiltų jausmų išnykimą arba norą mirti. Priešingai,

žmonės, kenčiantys nuo fizinio skausmo, regis, labiau nei kada nors brangina tuos gyvenimo aspektus, kuriuos laiko prasmingais. Be to, liūdesio būsena nepasižymi savybėmis, kurios, mūsų manymu, galėtų nulemti depresijai būdingą savęs baudimą, iškreiptą mąstymą ir noro siekti malonumų praradimą.

Panašios problemos kyla didžiausią reikšmę priskiriant kitiems depresijos aspektams. Kai kurie autoriai buvo įsitikinę, kad pasyvumas ir šiltų ryšių su kitais žmonėmis išnykimas paremia idėją apie atavistinį norą užmigti žiemos miegu. Jei depresijos tikslas – energijos išsaugojimas, tai kodėl pacientas yra linkęs save bausti, o sujaudrintas – užsiimti nuolatine betiksle veikla? Kodėl jis siekia sunaikinti save – energijos šaltinį?

Svarbiausio vaidmens priskyrimas fiziologiniams simptomams – miego, apetito ir seksualumo sutrikimams – taip pat sudaro sunkumų. Sunku suprasti, kaip šie fiziologiniai sutrikimai galėtų nulemti tokius įvairius reiškinius kaip savikritika, neigiamas požiūris į pasaulį, pykčio ir linksmumo praradimas. Žinoma, kad tokie fiziologiniai simptomai kaip nemiga ir apetito praradimas, kylantys dėl ūmios fizinės ligos, nesukelia kitų depresijos sindromo komponentų.

RAKTAS – PRARADIMO JAUSMAS

Klausimai, kodėl pacientas liūdi, ir skatinimas išreikšti pasikartojančias mintis galėtų palengvinti užduotį sudėlioti depresijos reiškinius į suprantamą seką. Dažniausiai pacientai suteikia esminę informaciją spontaniškais teiginiais, pavyzdžiui: „Man liūdna, nes esu nieko vertas", „Neturiu ateities", „Viską praradau", „Nebeturiu šeimos", „Nieko nebeturiu", „Gyvenimas man neturi prasmės". Gana nesunku užčiuopti vyraujančią temą vidutiniškai ar labai depresiško ligonio žodžiuose. *Jis mano, kad jam trūksta kokio nors dalyko arba savybės, kurią*

laiko būtina laimei: išmanymo pasiekti tikslus, patrauklumo žmonėms, artumo šeimai ar draugams, apčiuopiamo turto, stiprios sveikatos, statuso ar pareigų. Tokie savęs vertinimai atspindi, kaip pacientas suvokia savo gyvenimo situaciją.

Tyrinėdami netekties temą pastebime, kad psichologinis sutrikimas sukasi aplink kognityvinę problemą. Depresiško ligonio mąstymas turi specifinių nukrypimų. Jis neigiamai žvelgia į pasaulį ir į save, neigiamai vertina savo ateitį – tai *kognityvinė triada*.

Iškreipti jo susiaurėjusios asmeninės srities vertinimai sukelia liūdesį (3 skyrius). Depresija sergančiojo požiūris į jam brangias savybes, santykius ir laimėjimus nuspalvintas netekties jausmo – praeityje, dabartyje ir ateityje. Galvodamas apie esamą savo padėtį, jis mato jos skurdumą. Jis jaučia, kad išorės reikalavimai spaudžia jį prie sienos ir, išsemdami menkas jo galimybes, neleidžia pasiekti to, ko jis norėtų.

Žodis „nevykėlis" geriausiai išreiškia depresija sergančiojo savęs ir savo patyrimo vertinimą. Jis kankinasi, galvodamas apie reikšmingas netektis, kurias patyrė – apie prarastus draugus, sveikatą, brangų turtą. Jis laiko save nevykėliu ir įprasta prasme: jam nesiseka – jis prastesnis ar netikęs žmogus, nesugebantis atlikti pareigų ir pasiekti tikslų. Jei kuo užsiima ar siekia pasitenkinimo, jis tikras, kad pralaimės ir nusivils. Jis neatsikvepia ir miegodamas. Jis nuolat sapnuoja sapnus, kuriuose yra nevykėlis.

Nagrinėdami netekties sąvoką, turėtume nepraleisti lemiamos prasmių ir konotacijų reikšmės. Tai, kas vienam žmogui reiškia skausmingą netektį, kitam gali būti neverta dėmesio. Svarbu pripažinti, kad depresiškas ligonis negali atitrūkti nuo hipotetiškų ir netikrų praradimų. Galimos netekties tikimybė jam atrodo įvykęs faktas. Pavyzdžiui, depresiškas vyras, matydamas vangiai jį pasitinkančią žmoną, galvodavo: „Pakeliui ji galėjo numirti". Žiūrėdamas į hipotetišką netektį kaip į tikrą įvykį, jis pasijusdavo vienišas. Netikra netektis reiškia klaidingą kiekvieno įvykio kaip

netekties įvardijimą. Pavyzdžiui, tai gali būti padėties visuomenėje pasikeitimas, kuris iš tikrųjų yra laimėjimas. Depresiškas ligonis, labai pelningai pardavęs šiek tiek akcijų, ilgai krimtosi, kad jų neteko, ir vis galvojo, kad pardavimas jį nuskurdino.

Net jei netekties suvokimas ir sukelia liūdesį, kaip šis liūdesio jausmas tampa kitų depresijos simptomų – pesimizmo, savikritikos, traukimosi, vengimo ir pasidavimo, suicidinių minčių ir fiziologinių sutrikimų – priežastimi?

Siekiant atsakyti į šį klausimą, pravartu panagrinėti depresijos raidą nuo simptomų atsiradimo iki visiško išsivystymo. Šią raidą geriausiai atskleidžia „reaktyviosios depresijos", t. y. depresijos, kuriai būdingi aiškūs priežastiniai veiksniai, atvejai. Kitiems depresijos atvejams, kai pradžia labiau užmaskuota, būdinga panaši (nors ir ne tokia aiški) eiga.

DEPRESIJOS RAIDA

Augdamas į depresiją linkęs asmuo gali tapti jautresnis dėl tam tikrų nepalankių gyvenimo situacijų – vieno iš tėvų netekties arba nuolatinio draugų atstūmimo. Kitos, ne tokios akivaizdžios nepalankios aplinkybės, taip pat gali padidinti jautrumą depresijai. Dėl trauminio patyrimo asmuo vėliau gyvenime linkęs perdėtai reaguoti į analogiškas aplinkybes, o vertinimai tokiomis aplinkybėmis dažniausiai yra kraštutiniai, absoliutūs. Netektį jis laiko nepataisoma, abejingumą – visišku atstūmimu. Kiti į depresiją linkę asmenys vaikystėje nusistato nelanksčius labai ambicingus tikslus, kurie, vėliau gyvenime susidūrus su neišvengiamais nusivylimais, sugriauna jų pasaulį [1].

[1] Išsamiau apie polinkio į depresiją veiksnius skaitykite: Beck (1967).

Stresai, sukeliantys suaugusio žmogaus depresiją, veikia tam tikras jautrias asmens vietas. Daugelyje klinikinių atvejų ir tyrimų vienodai nurodomi tokie priežastinių veiksnių tipai: nutrūkę santykiai su asmeniu, prie kurio pacientas buvo prisirišęs; nepasiektas svarbus tikslas; darbo netekimas; finansinės nesėkmės; netikėta fizinė liga; socialinio statuso ar reputacijos praradimas. Jei toks įvykis vertinamas kaip visa apimantis, nepataisomas nuostolis asmeninei sričiai, jis gali sukelti depresiją.

Kad pateisintų pavadinimą „priežastinis veiksnys", patirta netektis pacientui turi būti iš tiesų reikšminga. Priežastinis veiksnys ne visada yra vienas atskiras įvykis; nepastebimi stresai, pavyzdžiui, po truputį prarandama sutuoktinio meilė arba nuolatinis neatitikimas tarp tikslų ir pasiekimų gali tapti pakankama žala asmeninei sričiai, kad prasidėtų depresija. Individas gali būti nuolat nepatenkintas tuo, kaip jis atlieka tėvo ar motinos, šeimininkės, šeimos maitintojo, studento ar kūrybingo menininko pareigas. Be to, dažnai patiriamas skirtumas tarp to, ko pacientas tikisi ir ką gauna iš svarbių tarpasmeninių santykių, karjeros ar kitos veiklos, taip pat gali gramzdinti į depresiją. Trumpai tariant, netekties jausmas gali būti nerealistiškai didelių tikslų ir milžiniškų lūkesčių rezultatas.

Patyrimas prieš pat depresijos pradžią dažnai niekuo nesiskiria nuo patyrimo žmonių, kurie nesusirgo depresija. Linkę į depresiją asmenys skiriasi požiūriu į tam tikrą praradimą. Netekčiai jie suteikia per daug apibendrintą arba ypatingą prasmę.

Būdą, kuriuo su praradimu susijusios trauminės aplinkybės paskatina depresijos sindromo susiformavimą, gerai pavaizduoja ryškus pavyzdys – vyro, kurį netikėtai paliko žmona, atvejis. Žmonos išėjimo pasekmes vyrui sunku numatyti. Akivaizdu, kad ne kiekvienas asmuo, kurį paliko sutuoktinis, suserga depresija. Net jei išėjimą suvokia kaip skausmingą netektį, žmogus gali turėti kitų pasitenkinimo šaltinių – šeimos narių ir draugų, – padedančių užpildyti tuštumą. Jei sunkumai tėra tik laikina spraga gyvenime,

galima tikėtis, jog ilgainiui jis sugebės ištverti netektį, nesusirgdamas depresija. Vis dėlto žinome, kad kai kurie jautrūs individai reaguoja į tokią netektį tikru psichologiniu sutrikimu.

Iš dalies netekties poveikis priklauso nuo svarbiam asmeniui suteikiamų prasmių pobūdžio ir intensyvumo. Palikusi žmona buvo bendro patyrimo, svajonių ir lūkesčių ašis. Paliktasis vyras mūsų pavyzdyje apie žmoną buvo sukūręs visą teigiamų minčių tinklą, pavyzdžiui: „Ji yra dalis manęs", „Ji man yra viskas", „Ji teikia man gyvenimo džiaugsmą", „Ji mano uostas", „Ji guodžia mane, kai man liūdna". Šios teigiamos asociacijos įvairuoja nuo realistinių iki visai nerealistinių arba įsivaizduotų. Kuo labiau kraštutiniai ir nelankstūs šie teigiami vaizdiniai, tuo didesnis netekties poveikis asmeninei sričiai.

Jei žala sričiai pakankamai didelė, ji sukelia grandininę reakciją. Brangūs dalykai, kuriuos reiškia žmona, dingsta iš paciento pasaulio. Tokių vertingų atributų kaip „ji yra vienintelis žmogus, galintis padaryti mane laimingą" arba „mano gyvenimo esmė" praradimas sustiprina netekties jausmą ir sukelia dar daugiau liūdesio. Paliktasis vyras padaro kraštutines neigiamas išvadas, lygiavertes kraštutinai teigiamoms asociacijoms, susijusioms su žmona. Jis taip interpretuoja netekties padarinius: „Be jos aš niekas, niekada negalėsiu būti laimingas", „Be jos negaliu gyventi".

Vėlesni įvykio aidai verčia vyrą abejoti savąja verte: „Jei būčiau buvęs geresnis, ji nebūtų manęs palikusi". Tada jis pradeda numatyti kitas neigiamas santuokos žlugimo pasekmes. „Visi mūsų draugai bus jos pusėje"; „Vaikai norės gyventi su ja, ne su manimi"; „Aš bankrutuosiu, stengdamasis išlaikyti dvi šeimas".

Grandininei reakcijai virstant kuo tikriausia depresija, vyro abejonės savimi ir niūrūs lūkesčiai tampa neigiamomis išvadomis apie save, savo gyvenimą ir ateitį. Jis ima laikyti save nuskurdėliu, visiems laikams netekusiu emocinio pasitenkinimo ir finansinio saugumo. Be to, jis pagilina savo kančią atvirai dramatizuodamas

įvykį: „Žmogui to per daug", arba „Tai siaubinga nelaimė". Tokios mintys atima norą ir gebėjimą įveikti sukrėtimą.

Vyras atsiriboja nuo anksčiau teikdavusių jam pasitenkinimą užsiėmimų ir tikslų. Karjeros tikslai jam gali atrodyti nebe tokie svarbūs („nes be žmonos jie neturi prasmės"). Jam trūksta noro dirbti ir netgi rūpintis savo išvaizda („nes tai neverta pastangų"). Jo bėdą didina fiziologiniai depresijos komponentai – apetito praradimas ir miego sutrikimai. Galiausiai kaip apie išsigelbėjimą jis ima galvoti apie savižudybę („nes gyvenime per daug skausmo").

Grandininė reakcija vyksta ratu, todėl depresija vis didėja. Įvairūs simptomai – liūdesys, sumažėjęs fizinis aktyvumas, miego sutrikimai – veikia psichologinę sistemą. Taigi žmogus, išgyvendamas liūdesį, pesimizmo apimtas daro išvadą, kad „aš visada būsiu liūdnas". Tokios mintys liūdina dar labiau, jos ir toliau interpretuojamos neigiamai. Analogiškai žmogus galvoja: „Niekada nebegalėsiu valgyti ir miegoti" ir daro išvadą, kad jo fizinė būklė blogėja. Stebėdamas įvairias ligos apraiškas (sumenkėjusį darbingumą, atsakomybės vengimą, nusišalinimą nuo žmonių), jis vis labiau save kritikuoja. Savikritika tampa dar didesnio liūdesio priežastimi. Taigi matome besisukantį ydingą ratą.

Žmonos palikto vyro istorija iliustruoja netekties ir jos atgarsių poveikį jautriam individui. Dabar palikime konkretų atvejį, kad apibendrintume depresijos vystymąsi. Grandininę depresijos reakciją gali paskatinti ir kitokie praradimai, pavyzdžiui, nesėkmės mokykloje arba darbe. Ilgiau užsitęsiantys praradimai, pavyzdžiui, svarbių tarpasmeninių santykių nesklandumai, taip pat gali tapti depresijos pradžia.

Grandininę depresijos reakcijos sampratą galima išplėsti, bandant atsakyti į tokius klausimus: kodėl depresiškas pacientas taip nuvertina save? Kodėl jis taip pesimistiškas? Kodėl jis taip labai sau priekaištauja? Kodėl jis pasiduoda? Kodėl jis įsitikinęs, kad niekas negali jam padėti?

Menkas savęs vertinimas ir savikritika

Depresiškas pacientas, mąstydamas apie nepalankius įvykius (pavyzdžiui, išsiskyrimą, atstūmimą, pralaimėjimą, savo lūkesčių neišsipildymą), laužo galvą, ką šis patyrimas sako apie jį patį. Jis linkęs įžiūrėti nepalankaus įvykio priežastį baisiuose savo paties trūkumuose. Paliktasis vyras nusprendžia: „Ji mane paliko, nes esu nevertas meilės". Ši išvada, žinoma, tėra vienas iš daugelio galimų paaiškinimų, tokių kaip esminis jų asmenybių nesuderinamumas, žmonos sunkumai arba jos troškimas patirti sukrečiantį nuotykį, bet ne jausmų vyrui pasikeitimas.

Kai pacientas netekties priežastį priskiria sau, plyšelis jo asmeninėje srityje virsta bedugne: jis kenčia ne tik dėl paties praradimo, bet ir dėl trūkumo, kurį „atranda" savyje. Tariamą trūkumą jis linkęs smarkiai perdėti. Moteris, kurią paliko mylimasis, reagavo tokiomis mintimis: „Aš senstu ir darausi bjauri... tikriausiai atrodau atstumianti". Vyras, praradęs darbą dėl bendro ekonomikos nuosmukio, galvojo: „Aš niekur netinku... Aš per silpnas užsidirbti pragyvenimui".

Žvelgdamas į išsiskyrimą kaip į savo trūkumų pasekmę, pacientas patiria daugiau liguistų simptomų. Jo įsitikinimas tariamais savo trūkumais tampa toks primygtinis, kad persmelkia kiekvieną mintį apie save. Ilgainiui neigiami atributai įsivyrauja Aš vaizde. Paprašytas apibūdinti save, jis gali galvoti tik apie „bloguosius" savo bruožus. Jam labai sunku nukreipti dėmesį į savo gebėjimus ir pasiekimus ir jis apeina arba nuvertina tas ypatybes, kurias anksčiau galbūt labai brangino.

Paciento susirūpinimas tariamais savo trūkumais įgyja daug formų. Kiekvieną savo potyrį jis vertina trūkumo požiūriu. Kiekvieną neaiškų arba šiek tiek neigiamai nuspalvintą potyrį jis interpretuoja kaip savo trūkumo liudijimą. Pavyzdžiui, po ginčo su broliu truputį depresiška moteris padarė išvadą: „Aš nesugebu mylėti ir būti

mylima" ir dar labiau nugrimzdo į depresiją. Iš tikrųjų ji turėjo artimų draugų, mylintį vyrą ir vaikus. Kai draugė neturėjo laiko paplepėti su ja telefonu, ji pagalvojo: „Ji nebenori su manimi kalbėtis". Kai vyras pavėlavo grįžti iš darbo, ji nusprendė, kad jis negrįžta į namus vengdamas jos. Vaikams spyriojantis prie stalo, ji tarė sau: „Nesugebėjau jų išauklėti". Iš tiesų kitokie šių įvykių aiškinimai buvo labiau tikėtini, tačiau pacientei buvo sunku net svarstyti galimas priežastis, kurios nesakė nieko blogo apie ją pačią.

Polinkis lyginti save su kitais dar labiau sumenkina savęs vertinimą. Kiekvienas susidūrimas su kitu žmogumi gali būti paverstas neigiamu savęs įvertinimu. Todėl kalbėdamas su kitais žmonėmis depresiškas pacientas galvoja: „Aš nemoku kalbėti... Aš ne toks įdomus kaip kiti žmonės". Eidamas gatve jis mąsto: „Žmonės atrodo patraukliai, tačiau aš nepatrauklus", „Mano laikysena nevykusi ir aš prastai kvepiu". Išvydusi motiną su vaiku, pacientė pamano: „Ji daug geresnė motina nei aš". Stebint kitą pacientą, stropiai dirbantį ligoninėje, jai dingteli: „Jis darbštuolis, o aš bejėgė tinginė".

Kiti autoriai arba nekreipė dėmesio į depresiškų pacientų priekaištų sau griežtumą ir nepagrįstumą, arba samprotavo apie juos labai abstrakčiai. Freudas teigė, kad pacientas, išgyvenęs artimo žmogaus netektį, turi daug priešiškumo prarastam mylimam objektui. Negalėdamas leisti sau jausti šį priešiškumą, pacientas nukreipia pyktį į save ir apkaltina save trūkumais, kurie iš tikrųjų būdingi mylimam objektui. Į save nukreipto pykčio koncepcija įsitvirtino daugelyje depresijos teorijų. Sunkiai suvokiamas Freudo pasiūlytas interpretacijos būdas taip skiriasi nuo pacientų teikiamos informacijos, kad sunku jį patikrinti.

Kruopštus paciento teiginių tyrimas leidžia suformuluoti tikslesnį priekaištų sau paaiškinimą. Savikritiką paaiškinti galime pastebėję, kad daugelis depresiškų pacientų kritiškai vertina ypatybes, kurias anksčiau labai brangino. Pavyzdžiui, moteris,

mėgdavusi žiūrėti į veidrodį, priekaištauja sau tokiais paniekinančiais teiginiais: „Aš senstu ir darausi bjauri". Kita labai depresiška moteris, garsėjusi sugebėjimu bendrauti ir besimėgavusi dėmesiu, graužia save mintimi: „Praradau gebėjimą sudominti žmones... nebesugebu net padoriai kalbėtis". Abiem atvejais depresija prasidėjo nutrūkus artimiems asmeniniams ryšiams.

Apžvelgdami depresiškų pacientų ligos istorijas, dažnai pastebime, kad pacientas tą ypatybę, kurią dabar menkina, naudodavo kaip atsvarą kasdieniams gyvenimo stresams, įveikdamas naujas problemas ar siekdamas svarbių tikslų. Padaręs išvadą (dažnai klaidingą), kad jis neįstengia įveikti sunkios problemos, pasiekti tikslo, užbėgti už akių netekčiai, pacientas nuvertina savo gebėjimą. „Nykstant" turėtai ypatybei, pacientas pradeda manyti, kad gyvenime jis nebegali rasti pasitenkinimo ir viskas, ko jis gali tikėtis, tėra kančia ir skausmas. Depresiškas pacientas nuo nusivylimo pereina prie savęs kaltinimo ir pesimizmo.

Kad pailiustruotume savęs kaltinimo mechanizmą, panagrinėkime, kaip įžeistas žmogus kaltina ir baudžia įžeidėją. Pirmiausia jis bando rasti kokį blogą įžeidėjo bruožą, galintį paaiškinti piktą jo poelgį, – nejautrumą, egoizmą ir pan. Tada jis šia būdinga yda apibendrina visą įžeidėjo portretą: „Jis egoistas", „Jis blogas". Po tokio moralinio sprendimo žmogus gali pradėti ieškoti būdų nubausti įžeidėją. Jis ne tik nuvertina kitą asmenį, bet, sulaukęs progos ir siekdamas užgauti, gali kirsti jam per jautrią vietą. Galiausiai dėl to, kad įžeidėjas jį įskaudino, jis gali norėti nutraukti santykius, visiškai atstumti kitą žmogų.

Griežtai save kritikuojantis depresiškas pacientas panašiai reaguoja į savo tariamą trūkumą ir nukreipia ataką į save. Jis laiko save kaltu ir vertu priekaištų. Jis net per daug uoliai laikosi biblinio priesako „Jei tavo akis tave įžeidžia, išlupk ją". Moralinis konkretaus bruožo pasmerkimas virsta viso Aš vaizdo smerkimu, kurį dažnai lydi pasibjaurėjimas savimi. Galutinis tokio savęs smerkimo tikslas

yra visiškas savęs atstūmimas – tarsi asmuo atsikratytų kitu žmogumi.

Panagrinėkime savikritikos, savęs smerkimo ir atstūmimo padarinius. Pacientas reaguoja į įnirtingą savo paties puolimą, tarsi jį pultų kitas asmuo: jis jaučiasi užgautas, liūdnas ir pažemintas.

Freudas ir daugelis vėliau rašiusių autorių liūdesį laikė pykčio, nukreipto į save, transformacija. „Alchemijos" būdu atvirkščiu tapęs pyktis tariamai virsta depresiškais jausmais. Tačiau liūdesį paprasčiau paaiškinti paties susigalvotu savosios vertės sumenkėjimu. Tarkime, aš pranešu studentui, kad jis gavo prastą pažymį, o jis sutinka, kad įvertinimas yra teisingas. Net jei aš pasakau įvertinimą be pykčio, o gal ir apgailestaudamas ar užjausdamas, jis tikriausiai nuliūsta. Jo savosios vertės sumažėjimo pakanka, kad jis pajustų liūdesį. Panašiai ir jei studentas pats įvertina save neigiamai, jam darosi liūdna. Depresiškas pacientas panašus į save nuvertinantį studentą: jis liūdi, nes, neigiamai vertindamas save, sumažina savosios vertės jausmą.

Kai depresiškas pacientas neigiamai įvertina save, jis dažniausiai ant savęs nepyksta; jam atrodo, kad jis paprasčiausiai sprendžia objektyviai. Lygiai taip pat jis reaguoja liūdesiu, kai mano, kad kas nors kitas jį nuvertina.

Pesimizmas

Pesimizmas užtvindo paciento mintis kaip potvynio banga. Tam tikra prasme mes visi esame linkę „gyventi ateityje". Patyrimą interpretuojame ne tik dabarties požiūriu, bet ir atsižvelgdami į galimas įvykio pasekmes. Jaunuolis, kuriam jo draugė ką tik pasakė komplimentą, tikisi daugiau komplimentų. Galbūt jis galvoja: „Aš jai tikrai patinku" ir viliasi, kad jų santykiai taps artimesni. Bet jei jaunuolis nusivylęs ar atstumtas, jis tikriausiai mano, kad šis nemalonus patyrimas pasikartos ir ateityje.

Depresiški pacientai turi ypatingą polinkį tikėtis negandų ateityje ir išgyventi jas tarsi esamas arba jau buvusias. Pavyzdžiui, nedidelį nuosmukį patyręs verslininkas pradeda galvoti apie ištiksiantį bankrotą. Vis svarstydamas apie bankrotą, jis ima laikyti save jau bankrutavusiu. Todėl jis tampa toks liūdnas, tarsi iš tikrųjų būtų bankrutavęs.

Depresiškų pacientų lūkesčiai dažnai būna pernelyg apibendrinti ir kraštutiniai. Kadangi pacientai ateitį laiko dabarties tąsa, jie mano, kad praradimas ar pralaimėjimas tęsis amžinai. Jei pacientas jaučiasi pasigailėtinai dabar, vadinasi, jis taip jausis visada. Absoliutų, visišką pesimizmą išreiškia tokie teiginiai: „Niekas nesusitvarkys..."; „Gyvenimas beprasmis... jis niekada nepasikeis". Depresiškas pacientas mano, kad jei jis negali pasiekti svarbaus tikslo dabar, tai jo ir nepasieks. Jis nemato galimybės pakeisti tikslo kitais patraukliais tikslais. Be to, jei problema dabar atrodo neišsprendžiama, jis mano, kad niekada nesugebės jos įveikti ar apeiti.

Kitas pesimizmo šaltinis yra neigiamas paciento Aš vaizdas. Esame pažymėję, kad netekties trauma yra ypač žalinga, nes ji reiškia pacientui kokį nors jo trūkumą. Kadangi tariamą trūkumą pacientas laiko neatimama savo dalimi, jis linkęs laikyti jį nebepašalinamu. Niekas negali padėti atgauti prarasto talento ar savybės. Be to, pesimizmas verčia pacientą manyti, kad jo „yda" vis didės.

Pesimizmas ypač dažnai apima asmenis, kurie laiko save tik instrumentais siekiant svarbiausių gyvenimo tikslų. Paprastai siekdami tikslo jie pasikliauja savo sugebėjimais, asmeniniu žavesiu arba energija. Pavyzdžiui, depresiškas rašytojas nesulaukė tiek pagyrų vienam savo kūriniui, kiek tikėjosi. Nepateisinti lūkesčiai privertė jį padaryti dvi išvadas: pirmiausia, jis rašo prasčiau; antra, dėl to, kad kūrybingumas kyla iš vidaus, jo niekas negali išgelbėti. Todėl netektis buvo nepataisoma.

Apie panašią reakciją pasakojo studentas, kuriam nepasisekė matematikos konkurse: „Aš nebemoku matematikos... man niekada

nepasiseks, jei bus varžovų". Kadangi nelaimėjimas jam buvo tolygus visiškam pralaimėjimui, tai reiškė, kad visas jo gyvenimas – buvęs, esamas ir būsimas – yra tikra nesėkmė.

Energinga karjeros moteris pradėjo jausti nugaros skausmus, kurį laiką turėjo nesikelti iš lovos ir susirgo depresija. Ji nusprendė, kad visą gyvenimą liks prikaustyta prie lovos. Laikiną neįgalumą ji klaidingai įvardijo kaip nuolatinį ir nepagydomą.

Pesimizmui apgaubiant visa apimantį nesėkmės laukimą, paciento mąstyme ima vyrauti tokios mintys: „Žaidimas baigtas... Antros galimybės nėra. Gyvenimas praėjo pro šalį... Jau per vėlu ko nors imtis". Jo netektys atrodo galutinės, jo sunkumai – neišsprendžiami.

Pesimizmas užlieja ne tik tolimą ateitį, jis persmelkia kiekvieną paciento norą ir užsiėmimą. Namų šeimininkė, skaičiuodama savo pareigas, iš anksto būdavo įsitikinusi, kad nesugebės atlikti jokios užduoties, kurios jai teks imtis. Depresiškas gydytojas, prieš priimdamas naują pacientą, manydavo, kad neįstengs nustatyti diagnozės.

Neigiami lūkesčiai tokie stiprūs, kad net jei pacientui pasiseka tam tikra užduotis (pavyzdžiui, nustatyti diagnozę), jis mano, kad būtinai nepavyks kitą kartą. Jis aiškiai atmeta arba laiko atsitiktiniu sėkmingą patyrimą, kuris prieštarauja neigiamam požiūriui į save.

Liūdesio ir apatijos kaupimasis

Nors depresija gali prasidėti staiga, ji visiškai išsivysto per keletą dienų arba savaičių. Pacientas išgyvena vis didesnį liūdesį bei kitus simptomus, kol „pasiekia dugną". Kiekvienas minties apie praradimą pasikartojimas veikia taip stipriai, kad netektis išgyvenama dar kartą, ir suvoktų praradimų darosi daugiau. Kiekviena tokia „netektis" sukelia dar daugiau liūdesio.

Kaip rašiau anksčiau, kiekvienai psichopatologinei būsenai

būdingas jautrumas tam tikram patyrimui. Depresiškas pacientas linkęs išskirti elementus, kurie sukelia mintis apie netektį, ir nepastebėti tų ypatumų, kurie nedera su jo interpretacija arba jai prieštarauja. Dėl tokio „selektyvaus abstrahavimo" pacientas kasdieniuose įvykiuose linkęs įžvelgti praradimus ir nematyti palankesnių interpretacijų galimybės. Jis itin jautrus stimulams, kurie primena netektį, ir aklas tiems stimulams, kurie reiškia laimėjimą. Taip pat selektyviai jis atsimena ir praeities įvykius. Pacientui lengva prisiminti nemalonią patirtį, tačiau paklaustas apie tai, kas buvo teigiama, jis neturi ką pasakyti. Šį atminties selektyvumą eksperimentiškai pademonstravo Lishmanas (1972).

Dėl „ tunelio regėjimo" pacientas atsiriboja nuo stimulų, galinčių sužadinti teigiamas emocijas. Nors jis ir geba pripažinti, kad kai kurie įvykiai yra palankūs, jo nuostatos blokuoja malonius jausmus: „Aš nenusipelnau laimės"; „Aš kitoks nei kiti žmonės, negaliu džiaugtis dalykais, kurie juos džiugina"; „Kaip galiu būti laimingas, kai viskas taip blogai?" Komiškos situacijos jam taip pat neatrodo juokingos dėl neigiamo nusistatymo ir polinkio jas pritaikyti sau: „Mano gyvenime nėra nieko juokingo". Jam sunku išgyventi pyktį, nes jis laiko save atsakingu už bet kokius šiurkščius ar įžeidžiančius kitų žmonių veiksmus ir jaučiasi jų nusipelnęs.

Polinkis mąstyti absoliučiomis kategorijomis prisideda prie liūdesio kaupimosi. Pacientas linkęs nepaliaujamai svarstyti kraštutines mintis: „Gyvenimas beprasmis", „Manęs niekas nemyli", „Aš visiškai niekam tikęs", „Man nieko nebeliko".

Nuvertindamas dalykus, glaudžiai susijusius su pasitenkinimu, pacientas atsisako malonumų. Menkindama savo patrauklumą, depresiška pacientė iš tikrųjų sako: „Nebegaliu daugiau mėgautis savo išvaizda, komplimentais ir pažintimis, kurios dėl jos užsimezgė". Malonumo praradimas akivaizdžiai įsmagina mechanizmą, kuris nukreipia afektą priešinga kryptimi – nuo laimės prie liūdesio. Viską užtvindęs pesimizmas palaiko nuolatinį liūdesį.

Įprasta netekties pasekmė – liūdesys. Pasyvus atsidavimas likimo valiai, būdingas kai kuriems pacientams, gali sukelti kitokią emocinę būseną. Depresiškas pacientas, kuris laiko save visiškai žlugusiu ir todėl atsisako savo tikslų, linkęs jausti apatiją. Apatija dažnai suvokiama kaip jausmų nebuvimas, todėl pacientas gali interpretuoti savo būseną kaip ženklą, kad jis nebegali jausti, kad jis „viduje yra miręs".

Motyvacijos pokyčiai

Svarbiausių tikslų pasikeitimas yra vienas keisčiausių smarkiai depresiško paciento bruožų. Jis ne tik trokšta išvengti patyrimo, anksčiau teikusio jam malonumą arba buvusio svarbiausia jo kasdienybės dalimi, jis linksta į pasyvumą. Jis netgi siekia visiškai pasitraukti iš gyvenimo nusižudydamas.

Kad suprastume ryšį tarp motyvacijos pokyčių ir netekties suvokimo, labai pravartu panagrinėti, kaip pacientas „pasiduoda". Dalykai, kurių jis paprastai imdavosi spontaniškai, jo nebetraukia. Tiesą sakant, jis pastebi, kad jam tenka prisiversti imtis įprastų užsiėmimų. Jis kruta, dirbdamas kasdienius darbus, ne todėl, kad nori, o todėl, kad mano, jog privalo, dėl to, kad „taip reikia", arba dėl to, kad ragina kiti. Jam tenka įveikti didelį vidinį pasipriešinimą, tarsi vairuotų automobilį įjungtais stabdžiais arba plauktų prieš srovę.

Labiausiai kraštutiniais atvejais pacientas patiria „valios paralyžių": praranda bet kokį spontanišką norą ką nors veikti ir atsiduoda inercijai. Jis net negali sukaupti „valios pastangų" prisiversti padaryti tai, ką mano privaląs.

Iš šio motyvacijos pokyčių apibūdinimo būtų galima įtarti, kad pacientas serga sunkia fiziškai sekinančia liga ir neturi nei jėgų, nei galimybių net minimalioms pastangoms. Ūmios arba labai silpninančios ligos, pavyzdžiui, plaučių uždegimas arba pažengęs vėžys,

gali prikaustyti žmogų prie lovos. Tačiau fizinio išsekimo koncepcijai prieštarauja paties paciento pastebėjimas, kad jis jaučia stiprų norą *išvengti* „konstruktyvios" arba „normalios" veiklos: jo inertiškumas apgaulingas, nes kyla ne tik iš noro likti pasyviam, bet ir iš ne tokio akivaizdaus troškimo atsiriboti nuo nemalonios situacijos. Net mintis apie elementarias funkcijas, pavyzdžiui, atsikėlimą iš lovos, apsirengimą, savo poreikių patenkinimą, gali būti pacientui nemaloni. Lėta depresiška moteris, man įėjus į palatą, vikriai nerdavo po antklode. Ji labai pagyvėdavo ir netgi tapdavo energinga, mėgindama išvengti veiklos, į kurią būdavo verčiama įsitraukti. Fiziškai sergantis žmogus, priešingai, nori būti aktyvus. Saugant nuo išsekimo, jam dažnai būtina skirti lovos režimą. Depresiško paciento troškimą išvengti veiklos ir pabėgti nuo dabartinės aplinkos nulemia specifinės jo nuostatos: neigiamas požiūris į pasaulį, aplinką ir save.

Kasdienis patyrimas, kaip ir daugelis gerai parengtų eksperimentų, rodo, kad jei asmuo netiki sėkme, jis linkęs pasiduoti. Jis ima galvoti, kad „neverta stengtis", ir nebejaučia jokio spontaniško noro pabandyti. Be to, įsitikinimas, kad užduotis niekam nereikalinga ir net sėkmingas jos atlikimas neturi prasmės, visiškai sumažina jo motyvaciją.

Depresiškas pacientas tikisi neigiamų pasekmių, todėl nejaučia jokio vidinio stimulo pamėginti; jis nemato tikslo stengtis, nes mano, kad tikslai yra beprasmiai. Paprastai žmonės linkę vengti situacijų, kurias laiko nemaloniomis. Depresiškas pacientas daugumą situacijų suvokia kaip varginančias, nuobodžias ar skausmingas, jis siekia išvengti net kasdienių gyvenimo malonumų. Šis troškimas išvengti yra toks stiprus, kad užgožia bet kokį polinkį konstruktyviai, tikslingai veikti.

Stipraus paciento troškimo išlikti pasyviam motyvus iliustruoja tokia minčių seka: „Aš per daug nuvargęs ir liūdnas, kad ką nors veikčiau. Jei būsiu aktyvus, jausiuos tik blogiau. Bet jei gulėsiu,

išsaugosiu jėgas, ir slegiantys jausmai praeis". Deja, pastangos išvengti nemalonių jausmų, liekant pasyviam, neduoda rezultatų; tai gali tik sustiprinti blogą nuotaiką. Pacientas pastebi, kad, priešingai jo troškimui atsikvėpti nuo nemalonių jausmų ir minčių, jie slegia jį dar labiau.

Suicidiškas elgesys

Suicidines mintis ir bandymus galima laikyti kraštutine troškimo ištrūkti išraiška. Depresiškas pacientas ateityje mato ne mažiau kančių. Jis neįsivaizduoja jokio būdo padaryti savo dalią laimingesnę; jis netiki, kad pasveiks. Remiantis šiomis prielaidomis, savižudybė atrodo racionalus žingsnis. Jis ne tik užbaigs paciento nelaimes, bet ir išgelbės jo šeimą nuo naštos. Jei pacientui mirtis patrauklesnė už gyvenimą, jis linksta prie savižudybės. Kuo beviltiškesnis ir skausmingesnis atrodo jo gyvenimas, tuo stipresnis troškimas jį pabaigti.

Norą viską nutraukti nusižudant iliustruoja depresijos apimtos moters, kurią atstūmė mylimasis, skundas: „Nėra prasmės gyventi. Aš nieko nebesulauksiu. Man reikia meilės, o aš jos nebeturiu. Aš tik pasigailėtina – be meilės negaliu būti laiminga. Tas vargas tęsis diena iš dienos. Nėra tikslo taip gyventi".

Troškimą ištrūkti iš akivaizdžios egzistencijos tuštumos iliustruoja kito depresiško paciento minčių srautas. „Gyvenimas reiškia tik dar vieną prastumtą dieną. Nėra jokios prasmės. Niekas manęs nedžiugina. Ir ateities nėra – tiesiog nebenoriu gyventi. Geriau išeisiu... Kvaila gyventi toliau".

Kita suicidinių minčių prielaida – tai įsitikinimas, kad visiems būtų geriau, jei pacientas mirtų. Jis laiko save beverte našta, todėl argumentai, kad šeimai bus labai skaudu, jei jis išeis, jam atrodo tušti. Kaip juos galėtų įskaudinti išsivadavimas nuo naštos? Viena pacientė įsivaizdavo savižudybę kaip paslaugą savo tėvams. Ji ne tik užbaigtų savo kančią, bet ir išgelbėtų tėvus nuo psichologinių

ir finansinių įsipareigojimų: „Aš tik imu tėvų pinigus. Jiems jie labiau praverstų. Jiems nebereikėtų manęs išlaikyti. Tėvui nereikėtų taip sunkiai dirbti, jie galėtų pakeliauti. Aš nelaiminga, nors ir imu jų pinigus, o jie, juos turėdami, galėtų būti laimingesni".

EKSPERIMENTINIAI DEPRESIJOS TYRIMAI

Nors teiginiai, kuriuos išdėsčiau, remiasi daugiausia klinikiniais stebėjimais ir depresiškų pacientų žodžiais, pasinaudojau galimybe šias hipotezes patikrinti eksperimentiniais ir koreliaciniais tyrimais. Tyrimai paremia depresijos modelį, kurį pateikiau šiame skyriuje.

Sapnai ir kita minčių medžiaga

Pastebėjau, kad depresiški psichoterapinės grupės pacientai dažniau sapnuodavo sapnus su liūdna pabaiga nei kontrolinės grupės nedepresiški psichiatrijos klinikų pacientai. Tipiškas depresiško paciento sapnas buvo tokio turinio: sapnuotojas būdavo vaizduojamas kaip nevykėlis; jis netekdavo kokio nors apčiuopiamo objekto, savosios vertės arba asmens, prie kurio būdavo prisirišęs. Kitos sapnų temos: atstumiantis sapnuotojo paveikslas, jo nepritapimas ir nesugebėjimas pasiekti tikslo. Šie faktai buvo nustatyti sistemingo tyrimo metu (Beck ir Hurvich, 1959).

Netekties ir nesėkmės tema ryški tokiame tipiškame depresiško paciento sapne. Sapnuotojas be galo norėjo paskambinti žmonai. Jis įkišo vienintelę monetą į telefoną automatą. Surinko klaidingą numerį; praradęs vienintelę monetą, nebegalėjo paskambinti ir dėl to nuliūdo. Kitas pacientas sapnavo, kad yra labai ištroškęs. Bare jis užsisakė bokalą alaus. Jam atnešė alaus ir viskio kokteilį! Jis jautėsi nusivylęs ir bejėgis.

Tipiškas neigiamas temas patvirtino antrasis, tobulesnis 228

depresiškų ir nedepresiškų psichiatrijos klinikų pacientų neseniai susapnuotų sapnų tyrimas (Beck ir Ward, 1961).

Kitoks depresiškų pacientų būdingų minčių tyrimas buvo pagrįstas „Kryptingos fantazijos testo" taikymu. Medžiagą sudarė kortelių rinkinys; kiekvienoje kortelėje buvo nupiešti keturi paveikslėliai, vaizduojantys įvykius, kuriuose dalyvauja identiški dvyniai. Siužetas būdavo panašus į depresiškų pacientų sapnų turinį, būtent, kad vienas iš dvynių pameta ką nors vertingo, yra atstumiamas arba nubaudžiamas. Depresiški pacientai daug dažniau už nedepresiškus būdavo linkę susitapatinti su dvyniu „nevykėliu".

Anksčiau minėto klinikinio tyrimo (Beck, 1963) metu analizavau 81 depresiško ir nedepresiško paciento psichoterapijos įrašus. Nustačiau, kad depresiški pacientai iškreipdavo patirtį specifiniu būdu. Jie interpretuodavo įvykius praradimo, asmeninės nesėkmės arba atstūmimo požiūriu arba būdavo linkę perdėtai sureikšminti įvykius, kurie juos nekaip apibūdindavo. Be to, jie atkakliai prognozuodavo visada vienodas neigiamas pasekmes. Iškreiptas tikrovės vertinimas primindavo sapnų turinį.

Kad patikrintų šiuos klinikinius duomenis, mūsų tyrimo grupė atliko keletą koreliacinių tyrimų. Nustatėme reikšmingą koreliaciją tarp depresijos stiprumo ir neigiamų savęs vertinimų. Pasveikusių po depresijos pacientų požiūris į ateitį ir savęs vertinimai labai pagerėdavo (Beck, 1972b). Šie duomenys svariai pagrindė teiginį, kad depresija siejasi su neigiamu požiūriu į save ir į ateitį. Didelė koreliacija tarp neigiamo požiūrio į pasaulį ir neigiamo požiūrio į save kalba už kognityvinės depresijos triados koncepciją.

Daugelis tyrimų patvirtino ryšį tarp neigiamo požiūrio į ateitį ir suicidinių minčių. Reikšmingiausias tyrimas buvo tas, kuriuo siekėme nustatyti, kuris iš psichologinių veiksnių glaudžiausiai siejosi su ketinimų nusižudyti rimtumu. Nustatėme, kad beviltiškumas buvo svarbiausias suicidinių ketinimų rimtumo rodiklis (Minkoff,

Bergman, Beck ir Beck, 1973; Beck, Kovacs ir Weissman, 1975).

Išbandėme dar vieną būdą patikrinti neigiamų nuostatų pirmumą depresijoje – mėginome modifikuoti jas ir stebėti padarinius. Jei truputį pagerintume nerealistiškai sumenkintą depresiško paciento savo gebėjimų ir ateities įsivaizdavimą, galėtume tikėtis, kad antriniai depresijos simptomai, pavyzdžiui, bloga nuotaika ir konstruktyvios motyvacijos praradimas, atitinkamai susilpnėtų.

Paprašyti atlikti nesudėtingą užduotį – sudėlioti kortas – depresiški psichiatrijos klinikos pacientai daug pesimistiškiau vertino sėkmės galimybes nei kontrolinės grupės nedepresiški pacientai. Iš tikrųjų depresiškiems pacientams sekdavosi taip pat gerai kaip ir nedepresiškiems. Tie depresiški pacientai, kurie sėkmingai atlikdavo užduotį, daug optimistiškiau žvelgdavo į kitą užduotį. Be to, antrąją užduotį jie atlikdavo geriau nei nedepresiškos grupės tiriamieji (Loeb, Beck ir Diggory, 1971). Pakartojome šį tyrimą su depresiškais ir nedepresiškais pacientais, kurie dėl savo ligos buvo hospitalizuoti. Nustatėme, kad po sėkmingos patirties depresiški pacientai būdavo optimistiškesni bei geriau vertindavo net ir su tyrimu nesusijusias savo savybes. Jie daug palankiau vertindavo savo asmeninį patrauklumą, gebėjimą bendrauti ir socialinius interesus; taip pat jie daug šviesiau žvelgdavo į ateitį ir labiau tikėdavosi pasiekti svarbiausius savo gyvenimo tikslus. Kartu su šiais savęs vertinimo pokyčiais giedrėdavo nuotaika (Beck, 1974).

Depresiški ligoniai sunkiai reiškia mintis žodžiu. Šiam klausimui skyrėme panašų 15 depresiškų hospitalizuotų pacientų tyrimą. Pacientams buvo pateikiamos užduotys sunkėjančia tvarka, pradedant pačiomis paprasčiausiomis (pastraipos skaitymas garsiai) ir baigiant sudėtingiausiomis. Sunkiausia užduotis, kurią sugebėdavo atlikti visi pacientai, – tai improvizuotas trumpas pokalbis paciento pasirinkta tema, kurio metu jis siekia įtikinti eksperimentatorių pakeisti nuomonę. Dar kartą nustatėme, kad sėkmingai atlikta užduotis padėdavo

pacientams geriau vertinti save ir savo ateitį. Jų nuotaika taip pat gerėdavo.

Nustatytas faktas, kad depresiškas pacientas ypač jautriai reaguoja į realų pasisekimą, turi svarbią reikšmę psichoterapijai. Eksperimentinė situacija, kurioje pacientas iš eksperimentatoriaus gauna teigiamą atgalinį ryšį, akivaizdžiai stipriai paveikia depresišką pacientą. Šis polinkis perdėtai vertinti situacijas ir po „sėkmės" plačiai apibendrinti *pozityvia* linkme nurodo psichoterapinio poveikio gydant depresijas gaires.

DEPRESIJOS APIBENDRINIMAS

Depresijos raidą analizavome pasitelkdami grandininės reakcijos, prasidedančios patyrimu, kuris pacientui reiškia netektį, įvaizdį. Išsiaiškinome, kaip netekties jausmas persmelkia asmens požiūrį į save, savo pasaulį, ateitį ir nulemia kitus depresijos reiškinius.

Tipiškos netektys, dėl kurių prasideda depresija, gali būti akivaizdžios ir dramatiškos, pavyzdžiui, sutuoktinio praradimas arba serija įvykių, kuriuos pacientas interpretuoja kaip jo menkinimą. Ne tokie akivaizdūs nusivylimai atsiranda dėl paciento nesugebėjimo rasti protingą pusiausvyrą tarp emocinės investicijos, kurią jis daro, ir jos grąžos. Disbalansas gali atsirasti iš santykinio pasitenkinimo, kurį pacientas gauna iš kitų, trūkumo, palyginti su tuo, ką jis duoda kitiems, arba iš reikalavimų sau ir to, ką jis pasiekia, neatitikimo. Trumpai tariant, jį slegia jo „daviau ir gavau" balansas (Saul, 1947).

Patyręs netektį (dėl tikro, aiškaus įvykio arba slaptų nusivylimų) į depresiją linkęs asmuo ima vertinti savo patirtį neigiamai. Savo patyrime jis linkęs įžiūrėti pralaimėjimą arba praradimą. Jis laiko save netikusiu, nevykusiu, nevertu ir yra linkęs aiškinti nemalonias aplinkybes savo trūkumais. Žvelgdamas į ateitį, pacientas mano, kad dabartiniai jo sunkumai ar kančios tęsis amžinai. Jis mato nesiliau-

jančių vargų, nusivylimų ir stokos kupiną gyvenimą. Sunkumus jis sieja su savo paties trūkumais, todėl kaltina save ir darosi vis savikritiškesnis. Paciento gyvenimo patirtis skatina kurti kognityvinius konstruktus, susijusius su praradimo tema. Iš šių neigiamų savęs vertinimų kyla įvairūs emociniai, motyvaciniai, elgesio ir vegetaciniai depresijos reiškiniai.

Paciento liūdesys yra neišvengiama jo netekties jausmo, pesimizmo ir savikritikos pasekmė. Kai pacientas visiškai pasiduoda, jis tampa apatiškas. Dėl požiūrio į savo gyvenimą dingsta spontaniškumas, kyla noras vengti, pasitraukti, net nusižudyti. Neviltis žlugdo motyvaciją: pacientas praranda vidinį stimulą imtis kokios nors kontruktyvios veiklos, nes tikisi tik neigiamų bet kurių veiksmų rezultatų. Toks pesimizmas galiausiai veda prie noro nusižudyti.

Įvairios depresinės elgesio apraiškos, pavyzdžiui, inertiškumas, greitas nuovargis, jaudrumas, taip pat yra negatyvių kognicijų padarinys. Inertiškumas ir pasyvumas siejasi su spontaniškos motyvacijos praradimu. Greitas nuovargis kyla iš nuolatinio nesėkmės laukimo. Jaudrumas taip pat siejasi su minčių turiniu. Priešingai nei protiškai atsilikęs pacientas, kuris pasyviai nusilenkia savo „likimui", jaudrus pacientas kovoja iki paskutinio kraujo lašo, ieškodamas išeities iš sunkios savo padėties. Nesugebėdamas jos rasti, jis pradeda smarkiai blaškytis, pavyzdžiui, žingsniuoti arba draskyti įvairias kūno vietas.

Vegetaciniai depresijos požymiai – lytinio potraukio, apetito praradimas, miego sutrikimai – yra fiziologiniai tam tikro psichologinio sutrikimo, sergant depresija, palydovai. Fiziologiniai depresijos požymiai gali būti laikomi analogiškais vegetaciniams nerimo simptomams. Specifinis psichologinis sujaudinimas sergant depresija ypač veikia apetitą, miegą ir lytinį potraukį.

Nuolatinį būklės blogėjimą sergant depresija gali paaiškinti grįžtamojo ryšio modelis. Dėl neigiamų nuostatų pacientas savo

blogą nuotaiką, netekties jausmą ir fizinius simptomus interpretuoja neigiamai. Jis daro išvadą apie nepataisomus savo trūkumus, kuri sustiprina neigiamus lūkesčius ir neigiamą Aš vaizdą. Dėl to pacientas dar labiau nuliūsta ir trokšta išvengti aplinkos „reikalavimų". Taigi ydingas ratas užsidaro.

Eksperimentiniai depresijos tyrimai nurodo psichoterapinio poveikio gaires. Padėdamas pacientui atpažinti nuolatinius patyrimo iškraipymus, psichoterapeutas galėtų sušvelninti paciento savikritiškumą ir pesimizmą. Kai nutrūksta ryšys tarp šių svarbiausių grandinės grandžių, nepermaldaujamas depresijos ciklas sutrinka ir vėl atsiranda normalūs jausmai ir troškimai. Kaip pamatysime nagrinėdami kitus emocinius sutrikimus, svarbiausias postūmis sveikimo linkme pasiekiamas keičiant klaidingus paciento įsitikinimus.

Pavojaus signalas blogiau už gaisrą: nerimo neurozė 6

Nerimo problema — tai kryžkelė, kurioje kyla įvairiausi ir svarbiausi klausimai, mįslė, kurios sprendimas nušvies mūsų psichinę egzistenciją.

Sigmund Freud

NERIMAS

Nerimas laikomas ne tik universalia emocija, bet ir žmogaus žmogiškumo ženklu. Kas nėra patyręs aštraus siaubo, kai brangiam žmogui iškyla pavojus, arba nesiliaujančio streso, kai tenka laukti nemalonaus ginčo? Freudas (1915–1917), kuris sužadino bene daugiau domėjimosi nerimu nei bet kuris kitas autorius, nepakankamai įvertino šio reiškinio visuotinumą.

> „Man nėra reikalo pristatyti jums patį nerimą. Kiekvienas mūsų vienu ar kitu metu esame patyrę šį pojūtį arba, kalbant tiksliau, šią afektinę būseną. Bet klausimas, kodėl neurotikai, palyginti su kitais žmonėmis, ypač stipriai ir dažnai kenčia nuo nerimo, manau, dar nebuvo iškeltas pakankamai rimtai" (p. 392–393).

Nerimo reikšmę šiuolaikiniame gyvenime pabrėžė Albert'as Camus, šį metą įvardijęs kaip „baimės amžių" (1947), ir W. H. Audenas (1947) poetiškame „Nerimo amžiuje". Taip pat pavadinta Leonardo Bernsteino Antroji simfonija (1960) ir Jerome'o Robbinso (žr. Mason, 1954) modernus baletas. Be to, populiari knyga apie mūsų laikus taip pat vadinasi „Nerimo amžiumi" (*The Age of Anxiety;* Glasrud, 1960).

Žinoma, vargu ar galima nerimą laikyti nauja sąvoka; jis vaizduojamas ir senoviniuose Egipto hieroglifuose. Viduramžių rašytojai, pavyzdžiui, arabų filosofas Ala ibn Chazmas iš Kordobos, tvirtino, kad visur esantis nerimas yra esminė žmogaus egzistencijos sąlyga (žr. Kritzeck, 1956).

Nerimo temos skverbimąsi į literatūrą, muziką, meną, religiją ir filosofiją išsamiai aptarė Rollo May (1950) knygoje „Nerimo prasmė" (*The Meaning of Anxiety*). Psichologai ir psichiatrai vienbalsiai pripažino, kad nerimas yra ir neurozės priežastis, ir simptomas. Suskaičiuota, kad per pastaruosius 20 metų pasirodė daugiau nei 5000 psichologijos ir medicinos straipsnių ir knygų nerimo tema (Spielberger, 1972).

Nerimo funkcija

Biologai, psichologai ir psichiatrai jau nuo seno nerimui priskiria naudingą funkciją. Daugelis autorių laiko nerimą gyvybę išsaugančios „smok arba bėk" reakcijos išraiška ir esminiu biologiniu mechanizmu, mobilizuojančiu organizmą veikti reaguojant į pavojų. Freudas (1915–1917), pavyzdžiui, rašė: „Realistiškas nerimas mums atrodo labai racionalus ir suprantamas. Apie jį sakome, kad tai reakcija į išorinio pavojaus suvokimą – t. y. į sužeidimą, kurio tikimės, kurį numatome. Jis siejasi su pabėgimo refleksu ir gali būti laikomas savęs išsaugojimo instinkto išraiška" (p. 393–394).

Daugelis nuomonių palaiko Freudo tezę, kad nerimas – tai

pavojaus signalas. Freudas (1926) kelia mintį, kad nerimas gali būti įspėjimas ir apie išorinį, ir apie vidinį pavojų (pavyzdžiui, apie artėjantį draudžiamo troškimo prasiveržimą). Reaguodamas į įspėjimą individas pasirengia imtis veiksmų, kad įveiktų išorinį pavojų, ar sutelkia psichologinę gynybą, kad apsisaugotų nuo vidinės grėsmės.

Teiginį, kad nerimas yra svarbus stimulas, individui fiziškai ir psichologiškai rengiantis kovoti su grėsme, verta apsvarstyti iš naujo. Kokie duomenys įrodo, kad nerimas — tai esminė reakcijų į kritišką padėtį sąlyga, o ne nemalonus blaškantis veiksnys? Kaip galime būti taip tikri, kad nerimas padeda išlikti? Visai nesunku prisiminti atvejų, kai asmuo iškart pasirengia veikti, prieš tai nepatyręs nerimo. Sportininkas lengvai susitelkia staigiam, žaibiškam smūgiui į tinklą arba lygiai taip pat greitai sugauna kamuolį. Pakanka varžybų situacijos akstino – nereikia nerimo kaip stimulo, – kad centrinė nervų sistema staiga suaktyvėtų ir visi judesiai būtų koordinuoti. Jei žmogus gali reaguoti į kritiškas situacijas be nerimo (ar pykčio), kodėl turėtume manyti, kad nerimas būtinas susitelkti pavojaus akivaizdoje?

Tiesą sakant, žinome ir tai, kad nerimas gali kliudyti gebėjimui atremti pavojų – ir iš tikrųjų daryti žmogų labiau pažeidžiamą gyvybei pavojingoje situacijoje. Žinome pavyzdžių apie „sustingimą" fizinės grėsmės akivaizdoje. Nesunku įsivaizduoti, kaip kristų iš nerimo sudrebėjęs lyno akrobatas arba tiltų statytojas, jei jam apsvaigtų galva. Tai pat yra duomenų, kad ilgai besitęsiantis nerimas jautriems individams gali sukelti fiziologinių sutrikimų (žr. 8 skyrių).

Leventhalis (1969) pasiūlė „lygiagretaus atsako paradigmą", kuri nužymi įvykių seką nuo pavojaus iki veiksmo: išorinė grėsmė – grėsmės įvertinimas – tinkamas įveikimo elgesys. Nerimas patiriamas įvertinus grėsmę ir išgyvenamas kartu su prisitaikomuoju elgesiu, o ne anksčiau jo; vadinasi, jis nėra prisitaikymo sekos dalis.

Kai nerimas trukdo prisitaikomajam elgesiui, jo poveikis gali būti griaunamasis. Galbūt tiems, kurie nerimui priskiria naudingą funkciją, atėjo laikas pamąstyti apie stipresnius argumentus savo požiūriui apginti.

Nerimo tikslingumo – kaip reakcijų į kritines situacijas katalizatoriaus arba sudedamosios išlikimo mechanizmo dalies – koncepcija kelia ir daugiau klausimų. Kodėl vienai emocijai (nerimui) priskiriame tokias lemiamas funkcijas, o kitoms emocijoms, pavyzdžiui, liūdesiui, varžymuisi arba džiaugsmui nepriskiriame jokių prisitaikymo funkcijų? Savaime suprantama, kad visos emocijos suteikia pilnatvės žmonių patyrimui, tačiau, esant dabartiniam žinių lygiui, atrodo, kad nerimą painioti su kitomis naudingomis funkcijomis yra klaidinga.

Realistiško nerimo tikslingumas perkeliamas ir į neurotinio nerimo sąvoką. Freudas (1926) teigia, kad neurotinį nerimą sukelia *vidinio* pavojaus, susijusio su nesąmoningais impulsais, suvokimas. Jį sužadina baimė, kas atsitiks, jei represijos galios nebepakaks instinktyviems poreikiams nuslopinti ir jie išsiverš impulsyviais veiksmais. Jei instinktyvios tabu energijos varžtai atsileistų, tai pati ši energija sukeltų nerimą.

Šių teiginių logiškumu suabejojo Hochas (1950), atskleidęs prieštaravimą: jei „nerimas signalizuoja, kad nuslopintos instinktyvios jėgos tuoj prasiverš <...> kodėl pats pavojaus signalas sudegina namą?" (p. 108).

NERIMAS IR BAIMĖ

Nerimo ir baimės apibrėžimai dažnai painiojami. Dalinis prasmės sutapimas mažina naudą, kurią gauname, vartodami du atskirus žodžius susijusiems, tačiau skirtiniems reiškiniams įvardyti. Pavyzdžiui, Freudas (1917) rašė apie realistinę ir nerealistinę baimę – pastarąją

jis vadino nerimu. Tačiau nerimą ir baimę galime aiškiai atskirti ir neatsižvelgdami į specialią reikšmę, tolimą kasdieniam žodžių vartojimui: baimė – tai tam tikros mintys, nerimas – tai emocija.

Vienas iš žodynuose teikiamų baimės apibrėžimų skamba taip: „<...> bauginantis galimo sužeidimo, bausmės ir pan. pripažinimas" (*Webster's New International Dictionary of the English Language*, 1949). Kitame žodyne baimė apibrėžiama kaip „gąsdinančio ar nepageidaujamo įvykio tikimybė" (*Standard College Dictionary*, 1963). Verta pažymėti, kad angliškas žodis *fear* yra kilęs iš senosios anglų kalbos žodžio, reiškiančio netikėtą negandą, pavojų (*Oxford English Dictionary*, 1933).

Šiais apibrėžimais išryškinama baimės kaip tikro ar galimo pavojaus suvokimo prasmė. Šia prasme baimė reiškia kognityvinį procesą, o ne emocinę reakciją. Ji žymi psichologinius procesus: žinojimą, pripažinimą ir numatymą, kad gali įvykti kas nors nepageidaujama.

Kita vertus, nerimas apibrėžiamas kaip „įtempta emocinė būsena <...> (*Standard College Dictionary*, 1963). Šią būseną apibūdina tokie žodžiai: įtampa, nervingumas, išgąstis, „vidinis drebulys". Tyrinėtojai ir gydytojai praktikai dažnai vartoja nerimo terminą tarpinei būsenai tarp nežymios įtampos ir siaubo įvardyti[1].

Kai asmuo sako: „Esu nervingas", jis turi galvoje *šią akimirką* patiriamą nerimą. O ką jis turi omenyje sakydamas: „Bijau griaustinio (turiu griaustinio baimę)"? Jis kalba apie aplinkybes, kurių šiuo metu nėra, tačiau kurios gali atsirasti ateityje. Šia prasme baimė reiškia polinkį tam tikras aplinkybes suvokti kaip grėsmę ir reaguoti nerimu, joms susidarius. Šiam polinkiui įvardyti tiktų „latentinės baimės" terminas. Analogiškai galėtume teigti, kad iš pažiūros tvirtas daiktas yra trapus, jei skyla ir dūžta vos pajudintas.

[1] Akademinė angliško žodžio *anxiety* kilmės apžvalga ir įvertinimas pateikiami Lewis darbe (1970).

Nugriaudėjus perkūnijai, kyla baimė ir žmogus galvoja: „Žaibas gali trenkti ir mane užmušti!" Šis teiginys atskleidžia baimės esmę: galimos žalos numatymą. Mintis apie pavojų kyla numatant galimus griaustinio padarinius, būtent tikimybę žūti. Šią akimirką jo baimė, kuri gražiu oru glūdėjo nepastebima (buvo potenciali), pažadinama ir kyla nerimas. Žmogų krečia drebulys, jis įsitempia; jo pulsas padažnėja, širdis plaka stipriau, jį gausiai pila prakaitas. Baimė yra pavojaus numatymas; nerimas – tai nemalonus jausmas ir fiziologinė reakcija, kylanti apėmus baimei.

Ką turi galvoje asmuo, sakantis, kad bijo tiltų, aukštų pastatų arba telefonų? Savaime suprantama, jis nesibijo konkretaus objekto ar jame įrengtų dalykų, jis baiminasi tam tikrų aplinkybių. Žmogus būgštauja dėl *galimų padarinių*, jei eis per tiltą, kalbės telefonu arba atsidurs netoliese aukštų pastatų ar jų viduje. Jis numato, kad, pakliuvus į tam tikrą situaciją, jam kils grėsmė patirti žalą. Tiltų baimė rodo asmens susirūpinimą dėl tikimybės susižeisti, nuskęsti arba dėl to, kad tiltas gali griūti, jis gali persisverti per turėklus arba pats nušokti žemyn. Aukštų pastatų baimė atsiranda dėl minties, kad jis gali iškristi pro langą arba kad pastatas gali sugriūti. Pokalbiai telefonu taip pat turi nemalonių ypatumų. Jie gali sukelti socialinę traumą, pavyzdžiui, kai žmogui kitame telefono laido gale „pasirodome kvailiu" (toks atvejis aprašytas skyriuje apie fobijas).

Baimė sustiprėja, grėsmingai situacijai priartėjus. Kartais žmogus gali pradėti būgštauti vien kalbėdamas apie „pavojingą" situaciją, apie ją galvodamas ar ją įsivaizduodamas. Nuolatinis būgštavimas grėsmingą situaciją daro dar ryškesnę ir neišvengiamą, t. y. tolimas pavojus tampa dabartimi. Grėsmė nebelaikoma tolima laiko ir erdvės prasme, asmuo galvoja apie save pavojingoje situacijoje.

Fizinio skausmo, pavyzdžiui, injekcijos atveju, numatymas sukelia tokį patį nerimą kaip ir psichosocialinė trauma, pavyzdžiui, socialinis pažeminimas. Daugelis mūsų esame patyrę „jaudulį prieš

egzaminą" ar įtampą, kalbėdami prieš auditoriją. Dažniausi fiziškai traumuojantys įvykiai yra sužeidimas, liga ir mirtis. Įprastos psichosocialinės baimės siejasi su galimu nepritarimu, svarbių ryšių nutrūkimu ir atstūmimu.

Iš esmės asmens baimė yra tam tikra *mintis;* šios minties turinys nukreiptas į ateitį ir reiškia galimą žalą asmeniui. Nerimas yra nemaloni *emocija,* kuriai būdingi žinomi subjektyvūs ir fiziologiniai koreliatai.

Toks semantinis baimės ir nerimo atskyrimas turi tam tikrų pranašumų. Šis apibrėžimas leidžia išvengti nepatogių semantinių „realistinio nerimo", „objektyvaus nerimo", „iracionalaus" ar „racionalaus nerimo" konstrukcijų. Emocijos arba jausminės būsenos apibūdinimas epitetais, paprastai taikomais mintims ir sąvokoms, kelia painiavą. Ar tinka pilvo skausmus pavadinti iracionaliais?

Remdamiesi pasiūlytais apibrėžimais baimę galėtume vadinti objektyvia arba realistiška, jei egzistuoja realus pavojus, t. y. jei nesuinteresuotas stebėtojas galėtų įvardyti situaciją kaip realiai pavojingą. Analogiškai baimė (ne nerimas) galėtų būti laikoma ir nerealistiška. Baimės sampratai nesunku pritaikyti ir racionalumo arba iracionalumo atributus: baimė racionali, jei remiasi protingomis prielaidomis, logika ir samprotavimais; iracionali, jei grindžiama klaidingomis prielaidomis ar ydingu mąstymu.

Baimės orientacija į ateitį

Jei klausinėtumėte žmogaus apie mintis, kurios sukasi jo galvoje, kai jis patiria nerimą, paaiškėtų, kad jis galvoja apie nemalonų įvykį, kuris gali nutikti ateityje. Pavyzdžiui, pacientas papasakojo apie mintis, susijusias su nerimo protrūkiais, kurie kamavo jį visą savaitę. Į jo kabinetą įėjo viršininkas, ir jaunuolis pagalvojo: „Galbūt jis ketina perkelti mane į žemesnes pareigas". Kadangi darbas jam

sekėsi gerai, pacientas pamanė: „Jei dirbsiu per gerai, jis, ko gero, užvers mane užduotimis ir aš nebesugebėsiu susitvarkyti". Ši mintis sukėlė dar daugiau nerimo. Kaip ir kasmet nuėjus pasitikrinti sveikatos pas gydytoją, pacientą persekiojo mintis: „Man gali atrasti kokią sunkią ligą, apie kurią iki šiol nieko nežinojau". Ir vėl jį ėmė nerimas.

Kitas jaunuolis svarstė, ar verta pakviesti merginą į pasimatymą. Jis galvojo: „Gal ji pikta ir mane atstums". Vėliau jis pastebėjo, kad jam sunku kalbėti, ir pamanė: „Gal aš visai prarasiu balsą". Rengdamasis egzaminui, jis mąstė: „Šito egzamino tikrai galiu neišlaikyti". Visas šias mintis lydėjo nerimas. Joms bendra tai, kad įvykis, dėl kurio būgštaujama, turėtų įvykti ateityje. Galbūt jis įvyks, tačiau kol kas jo dar nėra.

Galimas fizinis sužalojimas, žinoma, taip pat gali sukelti nerimą, pavyzdžiui, kai vairuotojas suvokia, kad tuoj susidurs su kitu automobiliu arba kai pacientas laukia operacijos. Grėsmei praėjus, nerimas išnyksta.

Baimės ir nerimo orientaciją į ateitį gali pailiustruoti ir toks įprastas pavyzdys. Kiekvienas dėstytojas, pranešęs apie lemiamą reikšmę pažymiams turėsiantį egzaminą, yra stebėjęs, kaip jam artėjant kaupėsi studentų nerimas. Egzaminui pasibaigus, kai pažymiai paskelbti, studentų nerimas aiškiai susilpnėja (nors tie, kuriems, lyginant su jų lūkesčiais ar siekiais, sekėsi prastai, galbūt liūdi, o tie, kurie pagal savo tikslus ir vertinimus viską atliko gerai, tikriausiai džiaugiasi).

Principas, kad nerimas susijęs su būsimu įvykiu, turi akivaizdžių išimčių. Pavyzdžiui, pacientai, kenčiantys dėl mūšio sukeltos neurozės, dar ilgai, pavojui praėjus, išgyvena nerimą. Tačiau apklausus šiuos pacientus darosi aišku, kad jie protarpiais patiria tam tikrą „laiko grįžimą" ir iš naujo išgyvena įvykį, kurio metu buvo ištikęs pavojus.

Žmonės pasakoja apie panašius nerimo protrūkius po greitkeliuose

patirtų, bet sėkmingai išvengtų avarinių situacijų. Toks nerimas kyla, kai vairuotojas galvoja apie „vos neįvykusią avariją" ir atsimena išgyvenimus, tarsi tai vyktų dabar ir pavojus vis dar kybotų. Kiti nuolatinį nerimą po trauminių įvykių išgyvenantys žmonės gali tarpais trumpam tarsi atitrūkti nuo dabarties.

Aišku, kad baimės orientacija į ateitį daugiausia siejasi su kančios tema. Kančią gali sukelti numatomas fizinis skausmas arba būsimos psichosocialinės traumos nulemtos skaudžios emocijos. Sergantiesiems nerimo neuroze labai būdinga kontrolės praradimo baimė, lemianti pažeminimo, sutrikimo, liūdesio jausmus. Tai baimė nebekontroliuoti savo gebėjimų, pavyzdžiui, išprotėjus, baimė prarasti tam tikras funkcijas, nepasiekti svarbiausių savo tikslų, sužaloti kitus. Su kontrolės praradimo baime susijusi šleikštulio ir vėmimo viešumoje baimė.

Daug nerimastingų pacientų baiminasi mirties (Lader ir Marks, 1971). Nors pačios mirties jie nesuvokia kaip kančios, mintis apie Aš išnykimą sukelia nerimą. Daugelis žmonių patyrimo nutrūkimą laiko baisiausia galima katastrofa. Todėl mintis apie būsimą mirtį yra labai paveiki. Kita vertus, kai asmuo į mirtį žvelgia kaip į teigiamą dalyką, jis jos nebijo. Iš tikrųjų depresiškas, linkęs į savižudybę pacientas gali laukti mirties kaip išsigelbėjimo iš jam nepakeliama atrodančios padėties.

NERIMO NEUROZĖ

Iki šiol nerimą aptarėme kaip visiems įprastą emociją. Tačiau mes žinome, kad nerimas stipresnis psichologinių sutrikimų, pavyzdžiui, ūmios nerimo neurozės, atveju arba turi įtakos psichosomatinėms ligoms, pavyzdžiui, dvylikapirštės žarnos opai (8 skyrius). Kyla klausimas: kaip atskiriame patologinį nerimą nuo normalaus?

Apskritai nerimas laikomas normalia reakcija, jei jį sužadina

esamas pavojus ir jei jis išnyksta, pavojui dingus. Jei nerimas labai neproporcingas grėsmei arba jei objektyvaus pavojaus nėra, tada reakcija yra nenormali. Tačiau nubrėžti tikslią ribą tarp normalaus ir nenormalaus nerimo sunku, tai nemaža dalimi priklauso nuo socialinių normų. Jei prietaringas kaip ir dauguma jo visuomenės narių asmuo nuolat jaučia nerimą dėl to, kad priešas jį prakeikė, – ar jis reaguoja nenormaliai? Ar „žalią" kareivį, kuris per pirmąjį mūšį patiria paniką, pavadinsime patologiškai nerimastingu?

Išskyrus šiuos ribinius atvejus, turime labai aiškius kriterijus nerimo neurozei diagnozuoti. Pacientai, sergantys nerimo neuroze, nuolat nerimauja, nors nėra akivaizdaus arba nuolatinio pavojaus. Pavyzdžiui, į civilinį gyvenimą grįžusiam karo veteranui, kenčiančiam nuo nuolatinio nerimo ir pašokančiam nuo kiekvieno skardesnio garso, akivaizdžiai tinka nerimo neurozės diagnozė. (Po Pirmojo pasaulinio karo tokie veteranai buvo laikomi kontūzijos aukomis.) Tokia diagnozė tinka ir namų šeimininkei, kuri jaučia nerimą viena pasilikusi namuose arba patekusi į draugiją. Vyras, kuris nuolat būgštauja dėl savo sveikatos, nepaisydamas gausybės medicininių tyrimų, rodančių, kad jis yra sveikas, serga nerimo neuroze.

Nerimo neurozių yra įvairių formų. Kai kurios ūmios būsenos trunka keletą dienų arba savaičių. Kiti epizodai gali trukti tik keletą minučių, tačiau dažnai kartojasi. Kitais atvejais nuolatinis nerimas gali tęstis mėnesius arba metus. Kadangi šios nerimo būsenos kyla situacijose, kuriose nėra akivaizdaus pavojaus, jos vadinamos ir aiškinamos įvairiai. Vienas iš labiausiai paplitusių terminų tokioms būsenoms įvardyti yra „plūduriuojantis nerimas". Kaip pamatysime, „plūduriuojančio nerimo" sąvoka buvo akstinas keletui labai skirtingų įvairių mokyklų teorijų atsirasti.

Termino „plūduriuojantis nerimas" klaidingumas

Į ligoninės priimamąjį atvežamas pacientas. Jo veidas iškreiptas siaubo, kvėpavimas dažnas ir negilus, o kūnas šlapias nuo prakaito. Kai atliekami visi tyrimai ir nustatoma, kad fizinės ligos nėra, gydytojas rašo ūmios nerimo neurozės diagnozę ir paciento kortelėje pažymi „plūduriuojančio nerimo" simptomą. Spręsdamas, kad objektyvaus pavojaus nėra, gydytojas sumenkina ligą, nerimo būseną priskirdamas emocinių nenormalumų, susijusių su paciento psichika, o galbūt ir kokiu nors biocheminiu veiksniu, kategorijai.

Nerimo kilimas aplinkybėmis, kuriomis jokio objektyvaus pavojaus nėra, paskatino kurti įvairias hipotezes, aiškinančias nerimo priepuolių paslaptį. Freudas iškėlė mintį (1915–1917), kad susitvenkusi seksualinė energija virsta nerimu. Vėliau (1926) jis teigė, kad egzistuoja „vidinis pavojus": paciento nerimą sukelia gresiantis draudžiamo nesąmoningo impulso prasiveržimas į sąmonę.

Organinės mokyklos atstovai, tarp jų ir toks autoritetas kaip Kraepelinas, manė, kad tai koks nors nervų sutrikimas. Šią tezę vėlesni autoriai išvystė į autonominės nervų sistemos pusiausvyros sutrikimo teoriją. Prieš keletą metų labai išpopuliarėjo biocheminis aiškinimas, susiejantis nerimą su padidėjusiu pieno rūgšties kiekiu arba kalcio trūkumu kraujyje (Pitts, 1969), tačiau vėlesni tyrimai šios teorijos nepatvirtino (Levitt, 1972). Bihevioristai mano, kad dėl tam tikrų paciento anksčiau patirto sąlygojimo ypatumų jis nerimu reaguoja į nežalingus stimulus, kurie kadaise veikė kartu su žalingais (žr. 7 skyrių).

Plūduriuojančio nerimo sąvoka atsirado remiantis stebėtojo, o ne ligonio požiūriu. Jei bandysime tirti sutrikimą paciento akimis, ar aptiksime gryną nerimą – atskirai nuo pavojaus? Visiškai priešingai. Ūmaus nerimo apimtas pacientas skundžiasi gydytojui, kad jis jaučia artėjančią nelaimę – galbūt net mirtį. Iš tikrųjų, kai medicininiais tyrimais neaptinkama jokių gyvybei pavojingos ligos

požymių, pacientas dažnai suvokia, kad jo baimė neturi pagrindo, ir jo nerimas atslūgsta.

Plūduriuojančio nerimo sąvokos klaidingumą pripažino ir Bowlby (1970).

> „Kol nežinome, kas vyksta privačiame mūsų paciento pasaulyje, negalime spręsti, kad „nėra suvokiamos grėsmės, arba ji, remiantis sveiku protu, pernelyg neproporcinga emocijai, kurią sukelia".
> Klinikinė patirtis rodo, kad iš tikrųjų kuo daugiau išmanome apie natūralią baimę ir kuo daugiau sužinome apie asmeninį paciento gyvenimą, tuo rečiau pacientą kamuojančios baimės mums atrodo neturinčios rimto pagrindo ir tuo mažiau nerimas atrodo plūduriuojantis. Todėl jei nerimo sąvoką taikysime tik toms situacijoms, kuriose grėsmės nėra ar kuriose ją laikome neadekvačia, galime visiškai prarasti šį žodį" (p. 96).

Kadangi paciento nerimas atrodo toks neproporcingas bet kokiam įmanomam stresui ar net gyvybei gresiančiam pavojui, ligonį tiriantis gydytojas linkęs nuvertinti paciento vapėjimą apie mirties baimę. Iš tikrųjų Amerikos psichiatrų asociacijos vadove (1968) teigiama, kad šios baimės yra „realios" baimės racionalizacija, perkėlimas arba tiesiog paviršinis nerimo pasireiškimas. Ši tendencija aiškinti akivaizdžias paciento baimes kuo kitu neleidžia gydytojui pastebėti sutrikusio mąstymo ištikus ūmiam nerimo priepuoliui. Dėl to klinicistas nepripažįsta, kad pacientui baimės atrodo tikėtinos. Jos grindžiamos pernelyg didelės reikšmės „pavojingiems" stimulams suteikimu, realių stimulų iškreipimu ir šališkomis išvadomis bei pernelyg plačiais apibendrinimais (žr. 4 skyrių).

Skatindamas pacientą aptarti savo baimes, tyrėjas atskleidžia informaciją, kuri šį paslaptingą reiškinį daro visai suprantamą. *Paciento* požiūriu pavojus yra visiškai realus ir tikėtinas. Ką sužinome,

paklausę paciento, ko jis baiminasi? Iš pradžių jis gali būti taip įbaugintas nerimo, ypatingos emocinės savo būsenos, kad jam sunku išgirsti klausimą. Tačiau net menko paciento žvilgsnio į savo mintis pakanka, kad jis sugebėtų suteikti reikiamos informacijos. Dažnai, tačiau ne visada, ūmaus nerimo apimtą pacientą yra užvaldžiusi mintis, kad jis miršta. Mirties baimę gali sukelti koks nors netikėtas arba aštrus fizinis pojūtis. Pacientas fizinį nesmagumą išsiaiškina kaip fizinės ligos požymį, jį apima nerimas, ir prasideda grandininė reakcija.

Keturiasdešimtmetis vyras buvo atvežtas į Denverio ligoninės priimamąjį dėl ūmaus distreso. Jis teigė, kad prieš keletą valandų, kildamas slidininkų keltuvu, ėmė dusti. Veikiai jis pajuto silpnumą, ėmė gausiai prakaituoti ir manė beprarandąs sąmonę. Ligoninėje atlikti tyrimai ir elektrokardiograma neatskleidė jokių fizinio sutrikimo požymių. Pacientui buvo pasakyta, kad jam „ūmus nerimo priepuolis" ir nuraminimui paskirta fenobarbitalio.

Tačiau ūmus paciento nerimas tęsėsi ir jam grįžus į namus Filadelfijoje. Kitą dieną konsultuodamasis su manimi, pacientas, bandydamas nusakyti savo nerimo priežastį, iš pradžių kalbėjo miglotai. Jam ėmus pasakoti apie nesenus įvykius, buvo gana lengva surinkti reikiamą informaciją. Jis prisiminė, kad, pakilęs keltuvu į viršų, pajuto, jog jam trūksta oro (tai tikriausiai atsitiko dėl praretėjusios atmosferos). Pacientas prisiminė galvojęs apie tai, kad oro stygius gali būti širdies ligos požymis. Tada jis prisiminė savo brolį, kuris prieš keletą mėnesių ėmė dusti ir mirė nuo infarkto. Mintys apie galimą infarktą sukėlė dar daugiau nerimo. Šią akimirką jis pajuto silpnumą, smarkiai išprakaitavo, jį ėmė pykinti. Šiuos simptomus pacientas išsiaiškino kaip kitus įrodymus, kad jam prasidėjo širdies priepuolis ir kad jis atsidūrė ant mirties slenksčio. Tiriamas ligoninės priimamajame, jis nenurimo net pamatęs normalią elektrokardiogramą, nes manė, kad „liga galbūt dar neatsispindi tyrimuose".

Kai nustatėme, kad „plūduriuojantis nerimas" prasidėjo nuo širdies priepuolio baimės ir buvo jos palaikomas, galėjome pataisyti paciento suvokimo klaidą. Aš paaiškinau, kad dusulys, nuo kurio viskas prasidėjo, yra įprasta fiziologinė reakcija į retesnį orą kalnuose; dėl to atsiradusi širdies priepuolio baimė sužadino nerimo simptomus, kuriuos jis klaidingai išsiaiškino kaip artėjančios mirties požymį. Pacientas sutiko su šiuo paaiškinimu kaip tikėtinu ir apsvarstęs pareiškė nuomonę, kad jo baimė dėl širdies priepuolio buvo „klaidingas aliarmas". Naujai interpretavus patyrimą, nerimo simptomai dingo, ir jis vėl pasijuto „normalus ir sveikas" kaip visuomet. Staigus simptomų išnykimas paaiškinus nerimo priežastį pacientui buvo papildomas įrodymas, kad jis neserga organine liga.

Baimių, sukeliančių ūmų nerimo priepuolį, priežastis nebūtinai yra mintys apie kokią nors fizinę nelaimę, jos gali būti susijusios su psichosocialinėmis negandomis.

Pavyzdžiui, koledžo dėstytojas atvyko į ligoninės priimamąjį, nes buvo „toks apimtas panikos, kad nebegalėjo ištverti nė minutės". Budintis gydytojas nustatė „plūduriuojančio nerimo" diagnozę ir nusiuntė ligonį skubios psichiatro konsultacijos. Atkuriant įvykius, nutikusius prieš pat panikos priepuolį, susidarė toks vaizdas. Prieš keletą valandų dėstytojas rengėsi pirmą kartą skaityti paskaitą didelei grupei studentų. Jo nerimas sustiprėjo, kai jis ėmė būgštauti, jog jam pritrūks patyrimo. Nerimui vis stiprėjant, jo mintys sukosi apie tai, kad jis galbūt nesugebės pasirengti paskaitai ar, dar blogiau, kad užsikirs ir negalės studentams ištarti nė žodžio. Šią akimirką jis išsigalvojo įvairiausius katastrofiškus padarinius: jis neteks darbo; neturės iš ko gyventi; jis mirs patvoryje, kaip visuomenės atmata ir šeimos gėda.

Pasakodamas nerimą sukėlusių minčių turinį, pacientas įstengė objektyviau pažvelgti į tikrąją savo problemą. Jis apsvarstė alternatyvius veiksmus, pavyzdžiui, pokalbį su dekanu apie savo

sunkumus. Taip pat kartu aptarėme galimybes, kokius darbus jis dar galėtų dirbti, net jei jam nenusisektų dėstytojo karjera. Kai pacientas taip aklai nebetikėjo savo baimėmis, jo nerimas ištirpo ir jis įstengė pasirengti paskaitai bei sėkmingai ją perskaityti studentams. Įdomus prierašas prie šio atvejo: kitais metais jis buvo išrinktas geriausiu koledžo dėstytoju!

Abiem atvejais tiriantis gydytojas neatskleidė nerimą sukėlusių psichologinių veiksnių. Psichiatras, visai mažai paklausinėjęs, sugebėjo nustatyti įvykių seką ir minčių turinį, kurie nulėmė „plūduriuojantį nerimą". Abiem atvejais nerimą sukėlė nelaimės baimė – mirties baimė pirmuoju ir visiškos asmeninės nesėkmės baimė antruoju atveju. Abiem pacientams suvokus, kad jų didžioji baimė tebuvo „klaidingas aliarmas", nerimas dingo.

Tada aš pradėjau tyrinėti ūmaus nerimo priepuolius. Susitariau pasikalbėti su pacientais, kuriems juos tyręs gydytojas buvo nustatęs „plūduriuojančio nerimo" diagnozę. Dešimt iš eilės ėjusių atvejų pagal minčių turinio pobūdį buvo tokie patys kaip ir šie du aprašytieji atvejai (Beck, 1972a; Beck, Laude ir Bohnert, 1974).

Baimės ir nerimo spiralė

Nekontroliuojamas nerimas yra nemalonus, bauginantis patyrimas. Asmuo gali patirti nerimą dėl iškilusios nesėkmės arba pažeminimo grėsmės, pavyzdžiui, rengdamasis kalbėti prieš auditoriją arba laikyti egzaminą,. Tačiau iš patirties asmuo žino, kad jam teks grumtis ne tik su galimomis kančiomis, jei prastai pasiseks, bet ir su nerimo periodu, truksiančiu, kol „išbandymas" ateis ir įvyks. Kankinančio nerimo baimė padidina nepatogumus, kuriuos tiesiogiai sukelia grėsminga situacija.

Nerimas kaupiasi ir tais atvejais, kai asmuo bijo visuomenės paniekos dėl atvirai rodomų baimės ženklų. Suaugęs vyras, bijojęs duoti kraujo tyrimams, ypač būgštavo, kad gydytojas jo nervingumą

palaikys silpnumo ir neurotiškumo požymiu. Jo baimę pirmiausia skatino liguistos mintys apie kraujo netekimą ir apie tai, kad adata jį perdurs. Antrinė – gydytojo paniekos – baimė buvo net stipresnė už kraujo tyrimų baimę ir vertė vengti į jį kreiptis. Jam užsirašius pas gydytoją, nerimas vis stiprėdavo. Kuo didesnis buvo nerimas, tuo labiau jis būgštavo, kad apalps gydytojo kabinete. Ši mintis kėlė dar daugiau nerimo, ir užburtas ratas sukdavosi dar smarkiau.

Nepaliaujamas nerimo ciklas gali įsisukti ir kitaip. Verslininkui jo partneris pasakė, kad ekonominės jo verslo sąlygos prastėja. Ši pastaba privertė verslininką jaudintis dėl būsimų sunkumų. Galimi sunkumai ėmė atrodyti dar grėsmingesni ir pasitikėjimas savo jėgomis dar labiau sumenko. Nykstant pasitikėjimui savo gebėjimais, sunkumai rodėsi vis didesni. Kiekvieną kartą, jam lyginant savo gebėjimus ir įsivaizduojamus sunkumus, nerimas buvo vis stipresnis.

Kitas nerimo stiprėjimo veiksnys yra būdas, kuriuo pacientas interpretuoja nemalonią emocinę nerimo patirtį. Jis detaliai tikrina emocinę reakciją, interpretuoja ją ir suteikia jai išorinio įvykio prasmę. Siedamas nerimą su pavojumi, asmuo laiko jį pavojaus ženklu. Taip atsiranda kitas užburtas ratas: mintys apie grėsmę sukelia nerimą, o šis toliau skatina nerimą keliančias mintis. Pacientas galvoja: „Jaučiu nerimą; taigi situacija turėtų būti iš tikrųjų grėsminga".

Šį reiškinį iliustruoja pacientės, kurią ištinka hipoglikemijos priepuoliai, pavyzdys. Staigus cukraus kiekio kraujyje sumažėjimas sukelia silpnumą ir drebulį. Tada ji galvoja: „Nebesusitvarkau"; paskui: „Galiu nebesusivaldyti ir iššokti per langą arba imti šaukti", ir nerimas stiprėja. Į nerimo jausmą ji reaguoja vis stiprėjančiu įsitikinimu, kad nebesugeba valdytis.

Mąstymo sutrikimas sergant nerimo neuroze

Jau minėjome (4 skyrius), kad mąstymo sutrikimas yra neurozių esmė. Realistinio mąstymo sutrikimą nesunkiai pastebi pats nerimastingas pacientas. Būdingos jo apraiškos:

1. Pasikartojančios mintys apie pavojų. Pacientui nuolat kyla mintys apie žalingus įvykius arba jų vaizdiniai („klaidingas aliarmas").

2. Sumenkęs gebėjimas sušvelninti bauginančias mintis. Pacientas gali įtarti, kad nerimą sukeliančios mintys yra nepagrįstos, tačiau jo gebėjimas įvertinti jas objektyviai, teisingiau, yra sutrikęs. Net jei jis įstengia suabejoti nerimą keliančiomis mintimis, iš esmės tiki jų tikroviškumu.

3. „Stimulo generalizacija". Nerimą sukeliančių stimulų ratas išsiplečia taip, kad beveik bet kuris garsas, judesys ar kitoks aplinkos pokytis gali būti suvokiamas kaip pavojus. Pavyzdžiui, moteris, ištikta ūmaus nerimo priepuolio, patyrė štai ką: ji išgirdo gaisrinio automobilio signalą ir pamanė: „Tikriausiai dega mano namas". Tą akimirką ji įsivaizdavo savo šeimą, negalinčią ištrūkti iš liepsnojančio namo. Tada ji išgirdo praskrendančio lėktuvo triukšmą ir įsivaizdavo save lėktuve, kuris patiria avariją. Įsivaizduodama katastrofą, ji išgyveno nerimą.

Kai kurie nerimo požymiai, pavyzdžiui, negalėjimas prisiminti žodžių ar trumpalaikės atminties sutrikimai, paviršutiniškai gali būti aiškinami valingos dėmesio kontrolės nutrūkimu. Kai nerimastingam asmeniui sunku susikaupti ties tiesiogine užduotimi (pavyzdžiui, testo atlikimu arba pasisakymu), iš pradžių galima spėti, kad dėmesys išsisklaidė dėl to, kad per ilgai buvo sutelktas į tam tikrą objektą ar subjektą. Greitą jo išsiblaškymą dėl pašalinių stimulų lengva priskirti nepastoviai dėmesio prigimčiai.

Tačiau tiriant toliau, išryškėja tikslesnis šių reiškinių vaizdas.

Paciento sunkumai kyla ne tiek iš dėmesio nepastovumo, kiek iš nevalingo dėmesio fiksacijos. Pastebime, kad beveik visas paciento dėmesys yra prikaustytas prie minties apie pavojų ir „pavojaus signalų" suvokimo. Šis dėmesio prikaustymas reiškiasi nevalingu susirūpinimu dėl pavojaus, perdėtu jautrumu jį primenantiems stimulams ir subjektyvių jausmų tyrinėjimu. Specifinėms užduotims, atsiminimui arba apmąstymams apie save lieka labai nedaug dėmesio. Kitais žodžiais tariant, dėl to, kad dėmesys prikaustytas prie minčių apie pavojų arba jį primenančių stimulų, pacientas praranda gebėjimą valingai nukreipti sąmonę į kitus vidinius procesus ar išorinius stimulus. Šios valingos susikaupimo, atsiminimo ir samprotavimo kontrolės praradimas gali versti pacientą manyti, kad jis kraustosi iš proto – o tai reiškinys, sustiprinantis jo nerimą.

Galinčių sužadinti baimingas kognicijas stimulų pagausėjimas itin akivaizdus asmenų, kurie „iš naujo išgyvena" itin traumuojantį įvykį, atveju. Nuolat nerimastingam karo veteranui, kuriam diagnozuota mūšio neurozė, nemalonūs vaizdiniai kils kiekvieną kartą, kai jį veiks stimulai, primenantys karo patyrimą. Pavyzdžiui, variklio detonacijos garsas, bet koks staigus judesys, užuomina apie grumtynes, apie kurias jis skaitė ar girdėjo, sužadins vis tuos pačius vaizdinius. Jis įsivaizduos save gulintį ant žemės, apšaudomą iš priešo lėktuvo. Šie vaizdiniai atkartoja tikrąją jo karo patirtį.

Automobilių garažo darbuotojui po šiurpaus įvykio taip pat kartodavosi tie patys vaizdiniai. Jam statant automobilį viršutiniame aikštelės aukšte, sugedo stabdžiai ir automobilis pralaužė apsauginę tvorelę. Automobilis daugiau nei valandą suposi ant briaunos aukštai virš gatvės, kol vairuotojas buvo išgelbėtas. Po šio įvykio jis nuolat vaizduotėje atkurdavo traumuojantį epizodą. Tuo metu jis išgyvendavo nerimą taip stipriai kaip ir tikrojo įvykio metu.

Kitas nerimastingų pacientų mąstymo sutrikimo ypatumas yra polinkis įžvelgti „katastrofą" (Ellis, 1962). Kiekvienoje situacijoje, kurioje yra menkiausia nemalonios pabaigos tikimybė, pacientas

tikisi blogiausios iš visų įmanomų išeičių. Važiuodamas automobiliu jis baiminasi, kad patirs avariją ir žus. Laikydamas egzaminą galvoja, kad susikirs. Manydamas, kad atsidurs minioje, jis būgštauja, kad nebesusivaldys ir nualps arba pradės klykti kaip pamišėlis.

Polinkiui įžvelgti katastrofą labai būdinga tai, kad asmuo hipotezę prilygina faktui. Jis daro prielaidą, kad situacija, kurioje yra šiokia tokia žalos tikimybė, yra iš tikrųjų labai pavojinga. Jei mergina vėluoja į pasimatymą, žmogus mano, kad ji nusprendė nutraukti santykius. Karpa reiškia vėžį; netikėtas griaustinis – mirtį nuo žaibo; artėjantis nepažįstamasis – galimą užpuolimą.

Asmenys, kuriems nerimas nebūdingas, dažniausiai prisitaiko („pripranta") prie besikartojančių šiek tiek bauginančių stimulų. Tačiau labai nerimastingi pacientai neprisitaiko. Reaguodami į kiekvieną stimulą, jie patiria dar stipresnį nerimą. Pavyzdžiui, Lader, Gelder ir Marks (1967), normaliems ir labai nerimastingiems pacientams pateikdami garsų sekas, nustatė, kad abi grupės iš pradžių reaguodavo pagausėjusiu prakaitavimu (išmatuotu odos laidumu). Normaliųjų grupė prisitaikė prie stimulų ir jų fiziologinė reakcija išnyko. Nerimastingieji vis labiau prakaitavo, o tai reiškė, kad jų nerimas stiprėja.

Skirtingą atsaką į išorinius stimulus galima paaiškinti taip: normalus asmuo labai greitai gali nustatyti, kad žalingas stimulas nėra grėsmės signalas. Kai jis sugeba įvardyti stimulą kaip nereikšmingą garsą, o ne pavojaus signalą, jo nerimas išnyksta. Nerimastingas pacientas, priešingai, neatskiria nepavojingo triukšmo nuo pavojingo ir kaskart laiko garsą pavojaus signalu. Jo mąstyme dominuoja mintis apie pavojų. Jei stimulas kartą buvo suvoktas kaip pavojaus signalas, ryšys tarp stimulo ir sąvokos „pavojus" tampa fiksuotas.

Dirbdami pastebėjome, kad, augant stresinės situacijos patyrimui, normalaus asmens pasitikėjimas savimi didėja, o nerimas mažėja. Tai pasakytina ir apie kalbėjimą viešumoje, ir apie dalyvavimą mūšyje.

Tačiau nerimastingo asmens būklė po kiekvieno susidūrimo vis blogėja.

Nerimo neurozės atvejį metaforiškai galima apibendrinti kaip per daug jautrią „aliarmo sistemą". Nerimastingas pacientas yra taip nusiteikęs tikėtis žalos, kad nuolat įspėja save apie galimus pavojus. Vidine komunikacijos sistema tekantis signalų srautas neša vienintelę žinią: *pavojus*. Beveik bet kuris stimulas gali įjungti įspėjamąją sistemą ir „klaidingą aliarmą". „Klaidingų aliarmų" gausos padarinys – tai, kad pacientas, nuolat jausdamas nerimą, iš tikrųjų patiria žalą.

Bijoti, nors nebijoti: fobijos ir įkyrumai

Pamačiau, kad visi dalykai, kurių baiminausi ir kurie mane gąsdino, nebuvo nei geri, nei blogi, jei neskaičiuosime to, kad jie paveikė mano protą.

Spinoza

Jis pajuto plūstantį svaigulį ir pamanė, kad tuoj apalps. Grūmėsi, kad išlaikytų sąmonę. Tuo pat metu jautėsi keistai nutolęs – tarsi tai būtų ne jis. Jam diegė pilvą, net buvo neramu, ar šis nesprogs. Jį pykino. Jis juto pašėlusį pulsą, širdis daužėsi krūtinėje. Stengėsi giliai įkvėpti, tačiau pagauti oro nesisekė. Nors burna nemaloniai džiūvo, visas kūnas buvo šlapias nuo prakaito. Rankos nesulaikomai drebėjo, jis visas svyravo. Stengėsi prabilti, tačiau žodžiai nesirišo, ir jis tik lemeno. Jis buvo įsitikinęs, kad tuoj mirs.

Taip aprašomas žmogus, kuris pateko į kritinę situaciją. Galbūt jį ištiko tikra liga – širdies priepuolis ar ūmus apendicitas. O galbūt jis patyrė katastrofą, dėl kurios jį užliejo toks nerimas. Iš tikrųjų tai fobija sergantis žmogus, susidūręs su situacija, kurios baimė neatitinka tikrovės. Šios perdėtos reakcijos į palyginti saugią situaciją struktūros išnarpliojimas pats savaime yra įdomus bei geriau nušviečia žmonių elgesio sudėtingumą.

Kai buvo madinga klasifikuoti fobijas pagal objektą ar situaciją, kurios bijomasi, mokslingi daktarai nukalė mažiausiai 107 skirtingus terminus (Terhune, 1949). Štai kai kurie egzotiškesni: ailurofobija

(katės), antofobija (gėlės), astrafobija (žaibas), brontofobija (perkūnija), mizofobija (purvas ir mikrobai), niktofobija (tamsa), ofidiofobija (gyvatės). Fobines reakcijas sukeliantys objektai ir situacijos keičiantis laikams keitėsi panašiai kaip ir kliedesių turinys. Pavyzdžiui, šešioliktajame amžiuje daugiausia būdavo bijomasi demonų (demonfobija) ir šėtono (satanofobija). Pirmojoje dvidešimtojo amžiaus pusėje, kai visuotinį rūpestį kėlė sifilis, daugelis žmonių, žinojusių, kad jis plinta tik lytiniu būdu, vis dėlto vengė purvinų objektų, rankų paspaudimo ir panašių dalykų, bijodami užsikrėsti šia liga.

Fobijų pavadinimų gausėjimas rodo, kad perdėtą ar nepagrįstą nerimą galinčių sukelti gyvūnų, objektų ar situacijų skaičius yra beveik neribotas. Kartu su technikos pažanga randasi naujų fobijų – baimė važiuoti tuneliais, kilti liftais arba nešioti rankinius laikrodžius, nes jų ciferblatai gali būti radioaktyvūs.

Aišku, ne kiekviena baimė yra fobija. Daug kas aplinkoje gali tapti pavojaus mūsų sveikatai ir gyvybei šaltiniu. Žmonės nuolat žūsta per nelaimingus atsitikimus – nukrinta, per automobilių avarijas, gaisrus ir sprogimus – arba suserga ir miršta nuo užkrečiamųjų ligų. Asmenį, kuris vengia sprogdinimų vietų, lengvai užsiliepsnoti galinčių pastatų, atvirų elektros laidų, nuodingų vaistų, tuberkulioze sergančių žmonių, užtaisytų ginklų, būtų sunku apkaltinti neurotiškumu. Jei jis bijo maudytis audringoje jūroje, gerti nešvarų vandenį, naktį vaikštinėti nusikaltimais garsiame rajone, jį galima pagirti už apdairumą.

Kadangi pavojų tikrai yra ir baimės labai dažnos, kaip atskirti normalią baimę nuo fobijos? Standartinis psichologijos terminų žodynas pateikia naudingą apibrėžimą: „Beveik visada tai perdėta tam tikro objekto ar situacijos baimė; neišnykstanti nepagrįsta baimė, kurios pagrįstumu gali abejoti ir pats sergantis asmuo" (*English and English*, 1958). Baimės iš nežinojimo negalima pagrįstai priskirti fobijoms. Asmuo gali būti atsargus, pavyzdžiui, susidūręs

su stambiais nežinomais žvėrimis arba keistais mechaniniais prietaisais. Bowlby (1970) reakciją į nežinomus ar nepažįstamus objektus laiko „natūralia baime".

Svarbūs fobijos komponentai yra primygtinis noras išvengti baimę keliančios situacijos ir besikaupiantis stiprėjantis nerimas bei troškimas ištrūkti, su ja susidūrus. Dažnai, nors ir nemenkai suvaržydamas ir pasunkindamas savo gyvenimą, pacientas sugeba išvengti fobijos objekto ir gyventi gana ramiai. Svarbu pažymėti, kad net jei pacientas atvirai pripažįsta, kad jo fobija neprotinga, jis neįstengia pašalinti nei baimės, nei troškimo išvengti ją keliančios situacijos.

Išsamesnis už žodyno pateikiamąjį fobijos apibrėžimas yra toks: *situacijos baimė, kuri, visuomenės nuomone arba paties paciento intelektualiu vertinimu iš šalies, yra neproporcinga situacijos tikimybei arba galimam jos žalingumui.* Fobiją turintis pacientas tokiose situacijose išgyvena labai stiprų nerimą ir yra linkęs jų vengti, o taip darydamas, smarkiai suvaržo savo gyvenimą.

Jei pacientas prisiverčia (arba yra priverčiamas) susidurti su baimę keliančia situacija, jis gali patirti ūmaus nerimo priepuolio simptomus. Tokie simptomai – tai didelis nerimas, padažnėjęs kvėpavimas, širdies plakimas, pilvo skausmai, dėmesio ir atminties sutrikimai. Vis dėlto kai kurie pacientai pastebi, kad jų distresas ne toks stiprus kaip jie tikėjosi – daug menkesnis, nei rodo vengimo laipsnis. Tai gali būti paprasčiausias nemalonus kai kurių žmonių patiriamas jausmas, tarsi kūnu ropinėtų vabzdžiai. Nors ir gana ramiai reaguodamas į fobijos situaciją, pacientas ir toliau gali labai trokšti jos išvengti. Aišku, patyrimas nekoreguoja nei perdėtos baimės, nei nenugalimo polinkio vengti tokių situacijų.

„OBJEKTYVAUS PAVOJAUS " PROBLEMA

Kartais sunku nubrėžti ribą tarp tikrovę atitinkančios baimės ir fobijos. Patyręs oro mūšių pilotas pradeda jausti stiprų nerimą ruošdamasis vykdyti palyginti saugią užduotį. Besiartinantį prie tilto daug mačiusį tiltų statytoją sukausto nerimas. Šiais atvejais asmuo išgyvena trikdančią reakciją į objektyvų pavojų. Kita vertus, imkime žmogų, kuriam vystosi nerimo simptomai, važiuojant į darbą traukiniu, todėl jis labiau rizikuoja ir važiuoja plentu, nors ten atsitinka daugiau avarijų. Teigti, kad jis turi fobiją – traukinių baimę – yra daug paprasčiau. Kuo stipresnis nerimas ir kuo didesnis susivaržymas palyginti su tikruoju pavojumi, tuo lengviau pagrįsti „fobijos" termino taikymą. Nesunku nustatyti diagnozę, kai baimės turinys neįtikimas – tarkime, asmeniui, kuris vengia dirbti lauke bijodamas staigių audrų su perkūnija, arba moteriai, kuri vengia metro traukinių ir autobusų iš baimės uždusti.

Daugelis žmonių, atrodo, geba sušvelninti arba nuslopinti akivaizdžiai pavojingų situacijų baimę. Mes visi žinome, kokie ramūs atrodo specialistai, užsiimantys rizikingais dalykais: vaikščiojantys lynu, tramdantys liūtus, dirbantys dideliame aukštyje arba kopiantys į kalnus. Eksperimentai rodo, kad įgydami patirties sportininkai parašiutininkai jaučia vis mažiau nerimo (Epstein, 1972). Panašiai ir „vėtyti bei mėtyti" kareiviai mūšio lauke patiria mažiau nerimo už naujokus. Psichoterapeutai dažnai principus, pagal kuriuos žmonės prisitaiko prie labai pavojingų aplinkybių, taiko padėdami pacientams, kuriems siaubą kelia minimaliai pavojingi objektai ir aplinkybės.

Klinikinėje praktikoje fobijos paprastai būna tokios aiškios, kad retai prireikia skirti jas nuo „normalių baimių". Fobiją turintis pacientas dažniausiai kreipiasi pagalbos dėl to, kad suvokia, jog kenčia tokiose situacijose, kurios kitų žmonių visiškai netrikdo, arba dėl to, kad nebegali kęsti suvaržymų, atsirandančių dėl tokių

situacijų vengimo. Naujos gyvenimo aplinkybės, verčiančios susidurti su situacijomis, kurių jis anksčiau sugebėdabo išvengti, gali būti nemalonių simptomų atsiradimo priežastis. Pavyzdžiui, kraujo bijantis medicinos studentas gali susirgti iš nerimo, jei jam tenka stebėti operaciją.

Žinome, kad žmonės, kurie turi tam tikrų situacijų fobiją, visiškai patogiai jaučiasi aplinkybėmis, kurios kitiems žmonėms sukelia stiprų nerimą. Pavyzdžiui, vienas pacientas, kuris niekada nejautė varžymosi kalbėdamas viešumoje ir mėgdavo kreiptis į didelę auditoriją, siaubingai bijojo, kad ant jo užropos tarakonas ar koks kitas smulkus vabzdys. Naktį pasilikęs namuose vienas jis kentė didžiulį nerimą, nes baiminosi, kad jį gali užpulti vabzdžiai. Ši fobija privertė jį kreiptis pagalbos.

DVEJOPA ĮSITIKINIMŲ SISTEMA

Specialiojoje literatūroje yra daug teiginių, kurie supainioja fobijos sampratą. Dažnai klaidingai tvirtinama, kad fobiją turintis pacientas žino, jog pavojaus nėra. Pavyzdžiui, Friedmanas (1959) teigia, kad fobija yra baimė, kuri „susiejama su objektais ir situacijomis, kurios objektyviai nėra pavojaus šaltinis, arba, kalbant tiksliau, apie kurias individas žino, kad jos nėra pavojaus šaltinis" (p. 293). Tokie tvirtinimai daro fobijas paslaptingesnes nei jos iš tikrųjų yra ir kelia tokius klausimus: ar teisinga teigti, kad fobijos situacijoje *nėra* pavojaus šaltinio? Ar iš tikrųjų fobijos situacijoje atsidūręs pacientas yra *tikras*, kad rizikos nėra?

Tirdami fobijų turinį pastebime, kad baimė retai būna keista arba iracionali. Pagalvokime apie pacientus, kurie bijo bristi į vandenį aukščiau galvos, valgyti nežinomuose restoranuose, vaikščioti tiltais, keliauti tuneliais arba kilti keltuvais. Ar pavyks paneigti, kad šiose situacijose esama rizikos? Žinome, kad žmonės

skęsta ir miršta apsinuodiję maistu ir vandeniu. Tiltai ir tuneliai griūva, o liftai stringa. Fobijos etiketė tinka tik tada, kai asmuo labai perdeda žalos tikėtinumą ir patiria realiai rizikai neproporcingą stresą.

Panašiai ir viešas kalbėjimas arba egzaminų laikymas yra susiję su psichologinės žalos rizika. Gyvenimo patirtis liudija, kad žmonės gali būti žiaurūs ir erzinti savo bičiulius, kurie „apsikvailina" kalbėdami viešai. Egzaminas susijęs su nesėkmės, o dėl to ir nepritarimo, pažeminimo, skausmo rizika. Taigi fobijos, kurios siejasi su galima psichosocialine žala, taip pat turi realios rizikos elementų.

Tyrinėdami labiau įprastas fobijas matome, kad daugelis jų apima baimes, būdingas vaikams įvairiais jų raidos tarpsniais. Apžvelgdami fobijų vystymąsi, pastebėsime, kad daugelis jų yra kilusios iš baimių, paprastai patiriamų vaikystėje. Dauguma vaikų išmoksta įveikti galimą pavojų ir taip „išauga" baimę.

Taip pat reikia atsižvelgti į tam tikro tipo fobijas, kurios akivaizdžiai neturi jokio pavojaus pacientui elemento; pavyzdžiui, stiprus nerimas, matant sužalotą, kraujuojantį ar operuojamą kitą žmogų. Šios fobijos išryškėja tarp ligoninės darbuotojų, gydytojų ir slaugytojų, kuriuos aplinkybės verčia su tuo susidurti ir kurie neturi galimybės pasinaudoti įprastais vengimo būdais. Jie patiria tipiškus nerimo simptomus, apie kuriuos rašyta anksčiau, ir nors dauguma, atrodo, ilgainiui užsigrūdina, pasitaiko tokių, kurių fobija, nepaisant pasikartojančios patirties, išlieka.

Įminti mįslę lengviau pastebėjus, kad tokioms fobijoms labai būdingas susitapatinimas su „auka". Susitapatinimo mechanizmas tampa akivaizdus paklausinėjus: asmuo paprastai prisimena kokį nors vaizdą, pojūtį ar kokią nors mintį, liudijančią, kad jis reaguoja į įvykį, tarsi *pats* būtų auka. Medicinos studentas, stebėdamas operaciją, įsivaizdavo, kad jis pats guli ant operacinio stalo (žr. 3 skyrių). Jaunas praktiką atliekantis gydytojas, punktuodamas paciento krūtinę, jautė skausmą savo krūtinkaulyje. Seselė, matydama,

kaip kraujuoja plėštinė paciento žaizda, pagalvojo: „Kažin kaip aš jausčiausi, jei taip kraujuočiau?" ir pajuto galvos svaigimą ir silpnumą (tarsi pati būtų netekusi kraujo).

Kiti fobijų tipai siejasi su fantazijos sužadinimu. Vienas žmogus vengdavo miesto dalies, kurioje patyrė avariją. Apklausęs jį sužinojau, kad kaskart, artėdamas prie šio rajono, jis iš naujo įsivaizduodavo nelaimę ir išgyvendavo didelį nerimą. Moteris, kuri baisėdavosi laivais ir net jų nuotraukomis, turėjo vandens fobiją. Jei tik koks nors stimulas primindavo jai vandenį, ji aiškiai įsivaizduodavo save skęstančią.

Fobijų aprašymai rodo svarbų fobiją turinčio paciento bruožą, būtent tai, kad jis į stimulo situaciją reaguoja vidine drama. Kai bijantis aukščio asmuo prieina prie uolos krašto, jis įsivaizduoja save krentantį arba apie tai galvoja. Jis net gali pradėti fiziškai justi, kaip linksta į uolos krašto pusę, o stebėtojas – pamatyti, kaip jis pradeda svyruoti.

Dėl to fobijų mįslė gali atrodyti dar paslaptingesnė. Būdamas toli nuo bauginančio stimulo, pacientas dažnai teigia: „Aš žinau, jog realaus pavojaus nėra. Aš žinau, kad mano baimė kvaila..." Kaip paaiškinti prieštaringas jo reakcijas?

Atsakymą gali pateikti pats pacientas. Asmuo vienu metu gali turėti visiškai priešingų minčių ir įsitikinimų. Iš fobijos situacijos pasitraukęs pacientas laikosi nuomonės, kad ji buvo beveik nežalinga. Tačiau dažnai jo sąmonės kamputyje kirba mintis, kad situacija vis dėlto buvo pavojinga. Fobijos situacijai artėjant, mintis apie jos pavojingumą vis ryškėja, kol visiškai įsivyrauja situacijos vertinime. Paciento įsitikinimai kinta nuo minties: „Ji nežalinga" iki minties „Ji pavojinga".

Šį pastebėjimą tikrinau daug kartų, prašydamas fobiją turinčių pacientų įvertinti žalos tikimybę. Būdamas toli nuo fobijos situacijos, pacientas, pavyzdžiui, gali teigti, kad žalos tikimybė yra beveik nulinė. Situacijai priartėjus, tikimybė keičiasi. Atsiranda 10

procentų, 50 procentų ir galiausiai, atsidūręs pačioje situacijoje, pacientas gali manyti, kad žalos tikimybė yra visas 100 procentų.

Gydydamas lėktuvų fobijas, prašydavau pacientų pasižymėti, jų manymu, jiems gresiančios žalos tikimybę. Jei pacientas artimiausiu metu neketindavo vykti į kelionę, jis manydavo, kad lėktuvo sudužimo šansai tėra 1: 100 000 arba 1: 1 000 000. Kai tik pacientas nutardavo kur nors skristi, lėktuvo avarijos tikimybę jis vertindavo kaip daug didesnę. Kelionei artėjant, tikimybė vis didėdavo. Lėktuvui atsiplėšiant nuo žemės, pacientas šansus vertindavo kaip 50 : 50. Jei kelionėje kratydavo, šansai ūmai persisverdavo santykiu 100 : 1 avarijos naudai.

Esu daug kartų lydėjęs pacientus fobijos situacijose (pavyzdžiui, lipome laiptais, bridome į vandenį ar kilome liftu), todėl galėjau įsitikinti, kad žala jiems atrodo vis labiau tikėtina. Pastebėjau, kad daugelis pacientų išgyvena kažką panašaus į tai, ko jie bijosi atsitiksiant. Kai lydėjau aukščio bijančią moterį į kalvos viršūnę, jai pradėjo svaigti galva, ji ėmė svyruoti ir „pajuto" jėgą, stumiančią ją skardžio link. Keturiasdešimtajame dangoraižio aukšte ji „pajuto", kad staigiai pakrypo grindys. Vandens bijojusi moteris įsivaizdavo save skęstančią, nors tebestovėjo paplūdimyje. Ji ėmė gaudyti orą, tarsi iš tikrųjų skęstų. Vyras, kuris baiminosi širdies priepuolio, pradėdavo jausti skausmą krūtinėje, kai tik šalia nebūdavo gydytojo. Tokie pavyzdžiai iliustruoja somatinio atvaizdavimo reiškinį, kurį aptarsime kitame skyriuje.

Svarbu pripažinti, kad susidūrimas su ryškia fobijos situacija arba pasikartojantys susidūrimai su įvairiomis fobijos situacijomis gali prisidėti prie ūmios nerimo neurozės.

Polinkis į prieštaringas mintis apie tam tikrą objektą aiškiausiai pastebimas fobijų atvejais, tačiau jis būdingas ir kitiems emociniams sutrikimams. Kaip ir fobijų atvejais, viena iš minčių būna palyginti primityvi ir nerealistiška, o priešinga mintis – brandesnė ir tikroviškesnė. Kai vyrauja nerealistinė mintis, tikėtini ir kiti neurozės, t. y. emocinio distreso, požymiai.

Mintys – fobijų esmė

Ko iš tikrųjų bijo fobiją turintis pacientas? Kadangi pacientas dažnai įvardija savo bėdą pagal aplinkybes, kuriomis atsiranda nerimas, daugelis autorių patenka į semantinius spąstus. Neklausinėdami paciento toliau, jie daro prielaidą, kad pacientas, kuris sakosi bijantis, pavyzdžiui, žmonių spūsties, turi galvoje, kad jo baimės šaltinis yra pati situacija – vieta, kurioje daug žmonių. Kadangi dažnai šios situacijos atrodo nežalingos, tokie autoriai baimes aiškina gana sudėtingai. Psichoanalitikų ir biheivioristų aiškinimai turi keletą panašumų, kuriuos trumpai aprašysiu.

Elgesio terapeutai tvirtina, kad fobiją turintis pacientas bijo aukščio, liftų ar žirgų ne todėl, kad pats fobijos objektas kelia pavojų. Jie siūlo iš esmės „atsitiktinio sąlygojimo" fobijų teoriją. Pavyzdžiui, Wolpe (1969) teigia, kad fobija vystosi tokiu būdu: pirma, įvyksta gąsdinantis atsitikimas, kuris sukelia nerimą. Gąsdinančio įvykio metu ar prieš jį veikia ir kitas (neutralus) stimulas. Antra, neutralus stimulas dėl šio atsitiktinio gretimumo susisieja su nerimu. Todėl asmuo jaučia nerimą, veikiant „neutraliam" stimului, t. y. jam išsivysto šio stimulo fobija.

Psichoanalitikai panašiai teigia, kad yra netiesioginis ryšys tarp baimės šaltinio ir specifinio paciento patiriamos baimės turinio. Individas perkelia savo „realią" baimę į kokį nors nežalingą išorinį objektą. Pasak Freudo (1933), „fobijose labai lengva stebėti, kaip vidinis pavojus virsta išoriniu" (p. 84). Pavyzdžiui, moteris pasąmonėje fantazuoja apie prostituciją. Kadangi šios draudžiamos fantazijos kelia nerimą, ji transformuoja (perkelia) baimę, kad taps prostitute, į socialiai priimtinesnę; ji pradeda bijoti gatvės (Snaith, 1968).

Viena iš kitų autorių pasiūlytų vingrių aiškinimų priežasčių gali būti supratimas, kad paciento baimė yra tokia nereali, jog ją reikia susieti ar kildinti iš ko nors kito, kas gresia jo saugumui ar

vertybėms. Tačiau jei apklausiate pacientą, jo baimė nebeatrodo tokia absurdiška. Pavyzdžiui, paauglė atėjo į kliniką, nes bijojo valgyti kietą maistą. Jos tėvai ir pediatras laikė šią baimę absurdiška, todėl net nemėgino nustatyti, ko ji iš tikrųjų nuogąstauja. Psichiatrinio pokalbio metu paaiškėjo, kad ji bijo mirtinai užspringti. Prieš keletą metų ji buvo užspringusi dideliu mėsos gabalu ir, nebegalėdama įkvėpti, manė, kad mirs. Vėliau ji tapo labai jautri istorijoms apie mirtinai užspringusius žmones – jos tik stiprino baimę. Žinant šias aplinkybes jos baimė tampa suprantamesnė ir nėra reikalo ieškoti aplinkinių paaiškinimų. Be to, aiškėja, kad nerimo šaltinis nėra *pats* kieto maisto valgymas, o baimė užspringti.

Kai kruopščiai apklausiame kitomis fobijomis sergančius pacientus, tampa akivaizdu, kad jie taip pat bijo ne pačios situacijos ar objekto, o *pasekmių*, kurios gali atsirasti dėl situacijos ar kontakto su objektu: aukščio fobiją turintis asmuo nurodo, kad bijo nukristi, socialinių situacijų fobija besiskundžiantis asmuo tvirtina, kad jis baiminasi pažeminimo ar atstūmimo.

Yra tiek daug skirtingų fobijų, kad jas sunku klasifikuoti. Nemaža statistinių vaikystės baimių ir nerimo tyrimų rodo, kad jų yra trys didelės kategorijos: 1) žmonių sukelto pavojaus baimė, pavyzdžiui, užpuolimo, pagrobimo, operacijos baimė; 2) gamtos ir antgamtinių reiškinių, pavyzdžiui, griaustinio, žaibo, vaiduoklių, baimė; 3) baimės, atspindinčios psichosocialinį stresą, pavyzdžiui, egzamino baimė, baimė supykdyti kitus žmones ar atsiskirti nuo tėvų (Miller ir kt., 1972). Pirmosios ir trečiosios kategorijos baimės dažniau už antrosios išlieka ir suaugus. Mūsų tikslu mintis apie gresiantį kūno sužalojimą ar mirtį pavadinsime „fizinėmis baimėmis", o psichologinės žalos (pažeminimo, nusivylimo, vienatvės, liūdesio) numatymą – „psichosocialinėmis baimėmis". Daugelyje fobijų yra ir fizinės, ir psichosocialinės žalos baimės elementų.

Remdamiesi 60-ies į fobijas linkusių pacientų psichoterapija ir sistemingu fobijomis sergančių pacientų tyrimu, kurį atliko mūsų

grupė, galėjome nustatyti specifinę pagrindinę baimę, būdingą kiekvienai fobijai (Beck ir Rush, 1975). Šie duomenys atitinka kitų tyrėjų surinktą medžiagą apie baimės turinį, kurį jie siekė nustatyti išsamaus pokalbio metodu (Feather, 1971). Pagrindinės fobijai būdingos mintys kiekvienu atveju atsiskleidė iš paties paciento pasakojimo ir nesirėmė išvadomis bei samprotavimais, kaip psichoanalitiniame modelyje.

Svarbu pažymėti, kad nors kai kurios fobijos ir galėtų atrodyti identiškos, pagrindinis jų dėmuo kiekvienu atveju smarkiai skiriasi. Nepaisant šių variacijų, pravartu tiksliau apibūdinti dažniausiai pasitaikančias baimes, sudarančias didžiąją dalį klinikinėje praktikoje įprastų fobijų. Specifinių fobijų sąrašas jokiu būdu nėra išsamus ir pateikiamas daugiausia siekiant iliustruoti mintis, sudarančias tipiškų fobijų esmę.

Atvirų erdvių baimė (agorafobija)

Westphalas (1872) pasiūlė agorafobijos terminą, kuris pažodžiui reiškia „turgaus baimę". Monografijoje *Die Agoraphobie* jis aprašo tokius simptomus: „<...> negalėjimas vaikščioti tam tikromis gatvėmis ir aikštėmis, iš tokio vaikščiojimo neišvengiamai kylanti nerimastinga baimė <...> kančia ypač sustiprėja tomis valandomis, kai tam tikros gatvės, kurių bijomasi, ištuštėja, o parduotuvės uždaromos. Pacientui labai padeda žmonių draugija ar net negyvas objektas, pavyzdžiui, vežimas ar lazda". Marks (1969) šiam sindromui priskiria daug fobijų, pavyzdžiui, baimę nualpti viešumoje, baimę vietų, kuriose daug žmonių, atvirų erdvių baimę, baimę eiti per tiltą ar gatvę.

Apklausiamas agorafobija sergantis asmuo paprastai išreiškia nuogąstavimą, kad toli nuo saugių savo namų jį ištiks kokia nors nelaimė ir niekas negalės jam padėti. Todėl jam ramiau, jei yra koks nors žmogus, kuris, kaip pacientas žino, jam padės, jei jį ištiks ūmi

fizinė liga. Apskritai kuo labiau nuo medikų pagalbos nutolsta pacientas, tuo stipresnė jo fobija. Kai kurie pacientai išsako visiškos vienatvės ar paklydimo baimę, tarsi buvimas vienam nepažįstamoje vietoje galėtų juos visiems laikams atskirti nuo draugų ir šeimos. Kiti bijo gatvių, pilnų nepažįstamųjų. Jie bijo prarasti kontrolę, nes tai galėtų baigtis socialiniu pažeminimu. Pacientas gali nuogąstauti, kad jis nualps, pradės šaukti kaip pamišėlis arba nevalingai tuštinsis ir taip taps reginiu kitiems. Baimė prarasti asmeninę kontrolę susipina su socialinio nepritarimo baime.

Aukščio baimė (akrofobija)

Ši dažna baimė išryškėja pacientui atsidūrus viršutiniuose pastato aukštuose arba kalvos ar kalno viršūnėje. Daugelis šių pacientų taip pat bijo prieiti prie tilto ar metro perono krašto. Paprastai bijomasi nukristi ir sunkiai susižeisti ar žūti. Kai kurie pacientai įsivaizduoja save krentančius; nors ir tvirtai įsitaisę, jie gali net fiziškai patirti kritimo pojūtį. Kai kuriuos gąsdina mintis, kad juos apims neįveikiamas noras šokti žemyn. Kai kurie netgi jaučia, kaip kažkokia jėga traukia juos prie aukštumos krašto. Kritimo ir slydimo pojūčiai yra somatinių vaizdinių pavyzdžiai. Daugeliui akrofobiją turinčių pacientų svaigsta galva – tai gali būti ir fiziologinė nerimo išraiška, ir somatinis vaizdinys.

Balkonų, laiptų ir eskalatorių baimė siejasi su aukščio baime tuo, kad pacientas būgštauja nukristi. Dažnai ši baimė būna nereali, nes pacientą saugo tvora arba jis yra per toli nuo krašto, kad galėtų nukristi. Laiptų bijojusi pacientė jausdavosi saugi pasiekusi laiptų aikštelę, bet tik tada, jei šalia nebūdavo lango. Jei aikštelėje būdavo didelis langas, ji bijodavo per jį iškristi.

Liftų baimė

Nors liftų baimė gali atrodyti banali, šiais aukštų biurų pastatų ir gyvenamųjų namų laikais ji gali žmogui labai kliudyti. Kai kuriuos žmones fobija taip trikdo, kad jie negali kilti liftu aukščiau tam tikro aukšto, taigi ši baimė ima diktuoti jų sprendimus dėl darbo ir gyvenamosios vietos ar dėl draugų lankymo. Dažniausiai šios fobijos turinį sudaro baimė, kad lynai nutrūks ir liftas nukris. Paprastai asmuo neaiškiai įsivaizduoja, nuo kurio aukšto aukštis jau yra „pavojingas", ir pradeda jausti didelį nerimą, kai tas taškas pasiekiamas (paprastai tai būna antrasis arba trečiasis aukštas). Tačiau kai kurie pacientai bijo net pakilti nuo žemės. Kiti būgštauja, kad liftas įstrigs tarp aukštų, durys nebeatsidarys, ir jie mirs iš bado. Kai kuriuos pacientus kamuoja mintis, kad, liftui įstrigus, pritrūks oro, ir jie uždus. Tokie pacientai paprastai turi ir kitų fobijų, kurių esmė — baimė pritrūkti oro (pavyzdžiui, uždaros erdvės, minios ir tunelio baimė).

Pacientas kaip, pavyzdžiui, žmonės, bijantys minios, gali bijoti kartu ir fizinių, ir socialinių reiškinių. Vienas pacientas, pavyzdžiui, baiminosi, kad jis apalps lifte, todėl pateks į labai nemalonią padėtį. Ši baimė kildavo tik tais atvejais, kai lifte jis būdavo ne vienas.

Tunelių baimė

Pagrindinė baimė, važiuojant tuneliu, panaši į kitas uždarų erdvių baimes. Tai baimė uždusti dėl oro trūkumo arba baimė, kad tunelis užgrius ir asmuo bus palaidotas gyvas arba žus po griuvėsiais. Ir vėl matome, kad baimė nėra neracionali, ji tik mažai tikėtina. Važiuodamas tuneliu (ar būdamas uždaroje erdvėje) pacientas gali pajusti oro trūkumą, tarsi jo krūtinė būtų surakinta (somatinis vaizdinys).

Baimė skristi lėktuvu

Galima diskutuoti, ar žmonės, bijantys skristi lėktuvu, tikrai serga fobija. Vis dėlto yra žmonių, kurie keliaudami oru išgyvena tokį stiprų nerimą – net jei kelionė į tolimą kraštą labai svarbi jų sveikatai, – kad fobijos terminas atrodo tinkamas. Nors daugeliu atvejų asmuo baiminasi, kad lėktuvas gali sudužti, fobiją gali nulemti ir kitokios baimės. Pavyzdžiui, viena moteris nerimavo ne dėl galimos lėktuvo avarijos, bet dėl to, kad suges lėktuvo aprūpinimo oru sistema, ir ji uždus. Kitas pacientas, kuris iš esmės bijojo nesusivaldyti socialinėse situacijose, būgštavo, kad ims vemti lėktuve, taigi pasirodys silpnas ar nevykėlis.

Daugeliu atvejų nustačiau, kad baimę skristi sukėlė tikras traumuojantis įvykis keliaujant lėktuvu. Šie pacientai gana ramiai ištverdavo skrydžius, kol nebūdavo patyrę sukrėtimo dėl blogo oro arba mechaninių gedimų.

Socialinės baimės

Socialinės baimės yra mūsų visuomenėje taip dažno siekimo patikti ir žavėti ir nenoro būti niekinamam ir nepopuliariam karikatūra. Šios socialinės vertybės tramdo žmones ir verčia juos paklusti grupės normoms. Nepriimtino elgesio baimes išryškina dviejų rūšių situacijos, su kuriomis susiduria beveik visi studentai. Egzaminų baimė, dar vadinama „patikrinimo nerimu", kartais sukelia tiek streso, susivaržymo ir bejėgiškumo, kad ją galima pavadinti fobija. Nesėkmės baimė gali būti tokia didelė, kad studentas nebegali valingai kontroliuoti kai kurių intelektualinių funkcijų, pavyzdžiui, supratimo, atminties ir sugebėjimo reikšti mintis.

Įdomu tai, kad jei studentams pranešama, jog egzamino pažymiai nebus įskaitomi arba jei jie gali laikyti egzaminą anonimiškai, nerimo jie beveik nejaučia (Sarason, 1972b). Šis faktas rodo, kad studentas

bijo ne egzamino *per se*, o veikiau nepatenkinamo įvertinimo pasekmių.

Dar vienas studentų baubas yra viešas kalbėjimas. Tipišką su viešu kalbėjimu susijusią fobiją iliustruoja toks atvejis: koledžo studentas kreipėsi psichiatro pagalbos dėl stipraus streso, kurį jausdavo keletą dienų ar net savaičių prieš kalbėdamas grupės draugams. Įsivaizduodamas būsimą kalbą, jis galvodavo: „Man nepasiseks", „Prastai pasirodysiu", „Nesugebėsiu kalbėti". Šios mintys keldavo jam nerimą ir troškimą atsisakyti būtinos viešo kalbėjimo užduoties. Kai iš tikrųjų kalbėdavo viešai, jis suvokdavo, kad jo galvoje nuolat sukdavosi tokios mintys: „Atrodau nervingas... jiems nuobodu tai, ką sakau... jie mano, kad esu silpnas ir nevykęs... Kai visa tai baigsis, jie to neužmirš!" Turint galvoje šias nuolatines neigiamas mintis, nenuostabu, kad pacientas kalbėdamas jausdavo įtampą ir silpnumą ir jam būdavo sunku susikaupti!

Socialinės fobijos labiausiai susijusios su noru patikti, sužavėti ar baime nepatikti, su troškimu būti pripažintam ar baime būti ignoruojamam ir atstumtam, tapti pajuokos objektu. Dėl neigiamų įvertinimų sukeliamo nemalonaus jausmo pacientas būgštauja pasirodyti kvailas, silpnas ir netikęs. Situacijos, galinčios sukelti „būgštavimus dėl įvertinimo", skirtingiems žmonėms yra vis kitokios. Kai kurie žmonės baiminasi beveik visų tarpasmeninių situacijų, kuriose yra nors menkiausia galimybė būti įvertintam. Kiti būgštauja konkretesnių aplinkybių. Tačiau kiekvienu atveju galima nustatyti, kad asmuo iš esmės bijo kitų žmonių reakcijos. Pavyzdžiui, asmuo, kuris turėjo žmonių susibūrimų fobiją ir dėl to vengė vakarėlių, labai baiminosi, kad bus palaikytas nenormaliu, bjauriu ar nesugebančiu elgtis draugijoje.

Kita įdomi socialinės fobijos rūšis yra baimė nesuvaldyti savo elgesio. Pacientas bijo, kad pasielgs impulsyviai ir nepriimtinai: elgsis iracionaliai arba ims nei iš šio, nei iš to šaukti. Į šią panaši yra baimė nesuvaldyti tam tikrų fiziologinių funkcijų. Pacientas

baiminasi, kad gali imti nevalingai vemti, tuštintis, šlapintis arba nualpti viešoje vietoje. Dėl to jis vengia situacijų, kuriose galėtų prarasti kontrolę ir kuriose tai galėtų pastebėti kiti žmonės.

Socialines baimes galima apibendrinti taip: pacientas bijo, kad jo elgesys tam tikromis aplinkybėmis neatitiks kitų arba jo paties nustatytų standartų, ir toks netinkamas jo elgesys bus įvertintas neigiamai. Dėl to jis mano, kad kiti žmonės jo atžvilgiu yra kritiški arba linkę atstumti. Kai kurias socialines baimes, pavyzdžiui, nerimą dėl egzamino, iš esmės gali nulemti manymas, kad netobulas testo atlikimas sukliudys pasiekti tam tikrus tikslus, padaryti sėkmingą karjerą ar tapti populiariam.

Įvairios prasmės: kirpyklos baimė

Kirpyklos fobija sergančių pacientų tyrimai iliustruoja skirtingas aiškiai panašių simptomų prasmes (Stevenson ir Hain, 1967). Tyrėjai nustatė keletą skirtingų baimių, būdingų kirpyklos fobija sergantiems pacientams. Pacientas, pavyzdžiui, pabėgdavo iš kirpyklos, kai tik ateidavo jo eilė. Jo baimė, kuri reikšdavosi ir kitose situacijose – bažnyčioje, auditorijose, kur susirinkdavo daug žmonių, ir pan. – pirmiausia reiškė baimę būti stebimam viešumoje. Jis bijojo sutrikti kiekvienoje situacijoje, kurioje jo elgesys būdavo visiems kaip ant delno.

Kitas pacientas negalėdavo ištverti laukimo. Jis taip pat nekantraudavo ir transporto grūstyse. Kai kuriems pacientams nerimą sukeldavo suvaržymas kirpėjo kėdėje. Juos labiausiai slėgė mintis, kad jie negali pabėgti. Tokie pacientai tvirtindavo, kad jaučiasi kaip kaliniai.

Kaip ir galima tikėtis, už kai kurių pacientų fobijos slypėjo baimė nukentėti nuo aštrių kirpėjo instrumentų. Apie neįprastą reakciją papasakojo pacientas, kuris jautriai reaguodavo, jei nurausdavo kirpėjo kėdėje. Jis bijojo, kad nuraudimas bus akivaizdus, ir jis taps pašaipūnų auka.

Pagrindinis daugialypių fobijų elementas

Daugelis pacientų kenčia nuo įvairiausių fobijų, kurios išoriškai atrodo mažai viena su kita tesusijusios arba visiškai nesusijusios. Tačiau įmanoma atrasti svarbiausią temą, siejančią šias, atrodo, labai skirtingas fobijas. Tai paprastai yra tų pačių padarinių, kurių pacientas tikisi aiškiai nepanašiose situacijose, baimė.

Moteris bijojo skristi, karštą dieną gulėti paplūdimyje, stoviniuoti vietose, kuriose daug žmonių, vėjuotu oru važinėti atviru automobiliu, važinėti uždaru automobiliu, kilti liftu, važiuoti tuneliu ar kalnais ir skraidyti. Nustačius, ko moteris bijojo kiekvienoje iš šių situacijų, buvo visai įmanoma rasti bendrą vardiklį. Remdamasi tam tikrais prietarais, tautosaka ar galvodama apie tikrą riziką, ji manė, kad kiekvienu iš šių atvejų gali *uždusti*.

Svarbiausia, ji bijojo pritrūkti oro. Pavyzdžiui, būdama uždaroje vietoje, būgštavo, kad ten bus per mažai oro. Vaikystėje ji buvo girdėjusi sakant: „Vėjas buvo toks stiprus, kad net užėmė kvapą". Taip pat jai padarė įspūdį pasakymas „Taip karšta, kad neįmanoma kvėpuoti". Pacientės baimė skraidyti rėmėsi mintimi, kad kabina gali netikėtai prakiurti ir lėktuve ims trūkti deguonies.

Taip pat nustatėme, kad ją vargino latentinė vandens baimė, kurią ji įveikdavo, visada ką nors pasikviesdama maudytis kartu. Ji bijojo, kad, plaukiodama viena, gali imti skęsti, ir nebus kam ją gelbėti. Šis atvejis iliustruoja vieną iš svarbiausių didelės fobiją turinčių pacientų priklausomybės nuo kitų žmonių priežasčių: jiems reikia žinoti, kad gaus pagalbą, jei dalykas, kurio bijomasi, įvyktų.

Kitas pacientas, kurį aprašė Feather (1971), bijojo besisukančiųjų durų, bijojo vairuoti savo automobilį ir atskleisti verslo paslaptis. Be to, gerdamas tabletes, jis atlikdavo sudėtingą ritualą. Ryškus bendras visų simptomų elementas buvo baimė *sužaloti kitą žmogų*: automobiliu partrenkti pėstįjį, išduodant slaptą informaciją – sukelti

lemtingas lėktuvų katastrofas, einant per besisukančias duris – užgauti kitą, o pamiršus tabletę, kurią galėtų išgerti kitas pacientas, – padaryti jam žalos.

Feather taip pat aprašo atvejį gydytojo, kuris bijojo skristi lėktuvu, klausytis dalykinių pranešimų, koncertų ir paskaitų, kalbėti auditorijai, dalyvauti kokteilių vakarėliuose. Svarbiausia gal galėtų būti socialinio atstūmimo baimė, tačiau ji nepaaiškina lėktuvų baimės. Psichiatras išsiaiškino, kad pacientas kiekvienu iš šių atvejų bijojo *prarasti kontrolę*, nes tai, kaip jis manė, būtų pakenkę kitiems žmonėms. Įdomu, kad jis nebijojo lėktuvo avarijos, bet baiminosi, kad gali įtūžti, nesusivaldyti ir aptalžyti kitus keleivius. Koncertuose ir panašiuose susibūrimuose jis bijojo, kad pašoks, ims mojuoti rankomis ir šaukti publikai nešvankybes. Jis vis įsivaizduodavo, kaip koncerte sėdi antroje eilėje ir visiškai jį sužlugdo, apvemdamas priešais sėdintį vyrą, numindamas kitiems kojas pakilęs iš savo vietos ir taip atitraukdamas klausytojus nuo muzikos.

Jo baimė viešai kalbėti per profesinius susirinkimus siejosi su baime sugriauti kieno nors teoriją. Kokteilių vakarėliuose jis nerimavo, kad gali išlieti gėrimą arba impulsyviai pasakyti žmogui, jog tas yra kvailys. Ir vėl aišku, kad bendra daugialypių fobijų tema yra baimė pakenkti kitiems žmonėms ir, antra, nesusivaldyti ir patekti į nemalonią padėtį.

Dauguma žmonių, kuriuos vargina daugialypės fobijos, bijo kitų nepritarimo. Moteris gydėsi dėl svarbiausio simptomo – baimės kalbėti telefonu. Ji bijojo kalbėti telefonu skambinant ir draugei, ir nepažįstamam žmogui, ir įvairiai išsisukinėdavo, kad tik nereikėtų atsiliepti į skambutį. Be to, ji bijojo skaityti garsiai kitiems girdint, padėti indėlį banke, ką nors pasakoti draugijoje, užsakyti patiekalą restorane ir tikrinti darbe kitos sekretorės spausdintus dokumentus.

Nustatyti bendrą šių baimių vardiklį buvo gana lengva: pacientė bijojo būti atstumta dėl nesugebėjimo kalbėti. Iš tikrųjų pacientė

vaikystėje mikčiojo ir turėjo kitų laikinų kalbos sutrikimų. Pavyzdžiui, ji užsikirsdavo tardama tam tikrus žodžius ir dėl to mokykloje negalėdavo garsiai skaityti. Tačiau šie sunkumai jau buvo išnykę. Jos baimė būti atstumtai labiausiai sustiprėdavo, kai jai iš tikrųjų grėsdavo pavojus patirti pažeminimą (Feather, 1971).

Šie atvejai rodo, kaip svarbu *a priori* nespręsti apie fobijos minčių turinį. Įvairių pacientų tam tikro fobijos objekto ar situacijos prasmė gali labai skirtis, lygiai kaip ir įvairiausios vieno paciento patiriamos baimės gali turėti tą pačią slaptą prasmę.

Nerimo neurozės ir fobijos skirtumas

Nagrinėjant daugialypes fobijas, žinoma, kyla klausimas, kaip atskirti fobiją nuo nerimo neurozės. Šis lyginimas svarbus, nes daugialypę fobiją turintis pacientas gali nuolat kęsti nerimą dėl to, kad neįstengia išvengti visų fobijos situacijų. Tam tikros situacijos bijantis žmogus, susidūręs su ta situacija ir negalėdamas jos išvengti, paprastai patiria ūmų nerimo priepuolį. Toks priepuolis iš esmės nesiskiria nuo kitų ūmių nerimo priepuolių.

Tad kuo gi skiriasi fobija ir nerimo neurozė? Dažniausiai fobija yra labai specifiška, ir ją turintis žmogus gali beveik visai išvengti nerimo. Tarkime, asmuo, kuris bijo dangoraižių arba kalnų viršūnių, gali paprasčiausiai taip susitvarkyti gyvenimą, kad jam niekada netektų su tuo susidurti.

Tačiau sergančiajam nerimo neuroze ne taip lengva išvengti žalingų stimulų. Pavyzdžiui, jis nerimauja, kad gali susirgti kokia nors sunkia liga. Todėl bet koks neįprastas, nepaaiškinamas ar stiprus pojūtis kūne tampa žalingu stimulu, nes yra palaikomas sunkios ar mirtinos ligos požymiu. Negalėdamas išvengti ar „nepastebėti" kūno pojūčių, žmogus išgyvena nerimą. Dažnai šis nerimas sukelia dar daugiau pojūčių kūne, kurie pakursto jo baimę susirgti.

Panašiai ir asmuo, kuris bijo, kad kiti žmonės jį pajuoks, pažemins ar užgaus fiziškai, linkęs nuolat jausti nerimą kitų žmonių akivaizdoje. Jei jis visiškai pasislėptų nuo kitų žmonių, veikiau sirgtų fobija, o ne nerimo neuroze.

Riba tarp fobijos ir nerimo neurozės aiškesnė pacientų, kurie „bijo visko", atveju. Pavyzdys galėtų būti asmuo, kuris bijo ir būti su žmonėmis, ir būti vienas, bijo ir daiktų namuose, ir aplinkybių ne namuose. Tokiu atveju akivaizdu, kad „pavojaus signalai" tokie aktyvūs, jog nuolat žadina nerimą. Tokiam pacientui būdinga tipiška nerimo reakcija: jo mąstyme vyrauja mintys ir fantazijos apie pavojų net jam esant vietoje, kurią laiko saugia.

FOBIJOS VYSTYMASIS

Yra daug duomenų, rodančių, kad suaugusių žmonių fobijos būna, apytikriai sakant, dviejų rūšių: 1) ankstyvosios intensyvios baimės, būdingos daugeliui ar daugumai vaikų, kurių individas „neišaugo". Norėdami pabrėžti, kad sąvokų brendimas tokių fobijų atveju sustojo ankstyvu raidos laikotarpiu, jas galime pavadinti „fiksuotosiomis fobijomis"; 2) „trauminės fobijos", panašios į traumines neurozes, kurių neįprastas, nemalonus arba žalingas patyrimas daro žmogų jautrų tokios rūšies situacijai. Ryškus trauminės fobijos pavyzdys yra „kontuzija" arba baimė važiuoti automobiliu po avarijos.

Reikia pažymėti, kad dėl specifinės fobijos pagalbos besikreipiančių suaugusių pacientų baimingų minčių turinys paprastai atitinka baimių pasiskirstymą visoje populiacijoje (arba normalioje kontrolinėje grupėje). Kaip nurodo Snaith'as, tyręs fobijų turinčius pacientus (1968), baimės, apie kurias papasakojo šie pacientai, dauguma atvejų pasirodė esančios daugelio „normalių" žmonių visoje populiacijoje patiriamų baimių akcentuacijos. Jis, pavyzdžiui,

nustatė, kad dažniausiai jo fobijų (išskyrus agorafobiją) turintys pacientai skundėsi griaustinio ir audros, gyvūnų, socialinės traumos, ligos ir pavojaus baimėmis. Šių baimių pasiskirstymas tarp jo pacientų apytikriai atitiko pasiskirstymą kontrolinėje normalių žmonių grupėje.

Kad suvoktume baimių ir fobijų ryšį, svarbu pabrėžti skirtumą tarp daugelio „normalių" žmonių patiriamų baimių ir fobijos. Pirmiausia, fobiją turintis asmuo žalingus stimulus laiko daug pavojingesniais, nei kiti žmonės. Antra, dėl situacijai arba objektui priskiriamos daug didesnės rizikos jis išgyvena daug daugiau nerimo. Trečia, fobiją turintis pacientas labai linkęs vengti fobijos stimulo ir paprastai išlaiko „saugų atstumą" nuo jo. Kai kurių pacientų fobija yra „slapta". Ji išryškėja, kai aplinkybės sukliudo jiems išvengti fobijos objekto ar situacijos. Tada kankinančio nerimo ir gyvenimo suvaržymų sukeliami sunkumai verčia fobiją turintį žmogų kreiptis pagalbos.

Ankstyvosios vaikystės baimės dažniausiai susijusios su fizinio sužeidimo arba mirties pavojumi. Dažnai šios baimės išlieka visą gyvenimą. Be to, vyresni vaikai nerimauja dėl socialinės skriaudos, pavyzdžiui, atstūmimo (Berecz, 1968).

Vaikų, kurių amžius nuo dvidešimt trijų mėnesių iki šešerių metų, motinos teigė, kad jų vaikai labiausiai bijo (pagal dažnumą) šunų, gydytojų, audrų, vandens gelmės ir tamsos. Svarbu pažymėti, kad vaiko baimių turinys dažnai akivaizdžiai atitiko jo motinos baimes. Be to, nustatyta tvirta koreliacija tarp vaiko ir motinos baimių skaičiaus. Tai rodo šeimos polinkį – apie tai kalbėsime vėliau, nagrinėdami „fiksuotąsias fobijas".

Tiesioginiu interviu su 398 vaikais nuo penkerių iki dvylikos metų (Jersild, Markey ir Jersild, 1960) nustatytas toks baimių dažnumas: antgamtinės būtybės (vaiduokliai, raganos, numirėliai, paslaptingi įvykiai) – 19,2 %; buvimas vienam tamsoje nepažįstamoje vietoje, pasiklydimas ir su tuo susiję pavojai – 14, 6 %; gyvūnų

užpuolimas arba pavojus būti jų užpultam – 13,7 %; fizinis sužeidimas, liga, griuvimas, eismo įvykiai, operacijos, užsigavimai ir skausmai – 12,8 %. Kalbant apskritai, tyrimai parodė, kad mažesnių vaikų baimės dažniausiai siejasi su fiziniu sužeidimu; vyresniems vaikams, be to, būdingos psichosocialinės žalos, pavyzdžiui, bendraamžių atstūmimo, nesėkmės ir pajuokos, baimės (Miller ir kt., 1972; Angelino ir Shedd, 1953). Tačiau reikia pažymėti, kad vaikai bijo šių socialinių traumų tik tada, kai įvykiai jiems atrodo svarbūs – t. y. kai jiems rūpi tų įvykių pasekmės, pavyzdžiui, liūdesio, vienatvės, sutrikimo, kaltės ar sielvarto jausmai.

Labai svarbu, kad baimės, apie kurias kalbama, siejasi su iš tikro aplinkoje egzistuojančiais pavojais. Žemesniųjų sluoksnių berniukai bijo suomiškų peilių, mušimo, plėšikų, žudikų, ginklų ir smurto; aukštesniųjų sluoksnių berniukai bijo automobilių avarijų, nužudymo, į nusikaltimus linkusių paauglių, nelaimių ir kitų labiau miglotų įvykių. Žemesniųjų sluoksnių mergaitės bijo gyvūnų, nepažįstamųjų, smurtinių veiksmų, o aukštesniųjų sluoksnių mergaitės – vaikų grobikų, aukščio ir įvairių kitų traumuojančių įvykių, kurių nemini žemesniųjų sluoksnių mergaitės, pavyzdžiui, traukinių ir laivų avarijų.

Fiksuotosios fobijos kyla iš dažnų vaikystės baimių, kurių pacientas aiškiai neišauga ir apie kurias sako, kad, kiek prisimena, visada yra jas turėjęs. Tipiški pavyzdžiai yra vandens, audrų ir perkūnijų, gydytojų, kraujo ir panašios baimės. Dirbdamas su keletu jaunų suaugusiųjų, sergančių fobija visą gyvenimą, būtinai paklausdavau, ar jų tėvai neturi tos pačios fobijos, ir paprašiau to pasiteirauti tėvų. Iš 12 žmonių 5 pacientai tikrai žinojo, kad vienas iš tėvų turi panašią fobiją, ir galėjo patvirtinti šį faktą. 7 pacientai nežinojo, ar kuris nors jų šeimos narys yra turėjęs tokią fobiją, ir specialiai paklausė to tėvų. Trys iš septynių sužinojo, kad vienas iš tėvų iš tikrųjų turi panašią baimę (vandens, uždarų vietų, griaustinio). Taigi 8 iš 12 pacientų, sergančių fobija „visą gyvenimą",

vienas iš tėvų taip pat turėjo tokią fobiją.

Kodėl šių konkrečių pacientų fobijos „užsifiksavo", o kiti vaikai baimes išaugo? Atrodo, kad baimes šiais atvejais sustiprino tėvai, todėl vaikai jų neįveikė. Tipišku atveju pacientas, matydamas, kad motina ar tėvas ko nors vengia, išsigandęs elgdavosi taip pat. Kitais atvejais koks nors nemalonus įvykis atsitikdavo tuo metu, kai vaikas jau turėdavo specifinę baimę. Pavyzdžiui, moteris, bijojusi audrų, prisiminė, kad jos baimė nepaprastai sustiprėjo, kai ji pamatė, kaip mažą berniuką nutrenkė žaibas (žr. „trauminės fobijos").

Net jei tėvai nėra turėję fobijos, pasirodo, kad paciento vengimas ją tik sustiprina. Jie neįveikia baimės dėl to, kad vengia gąsdinančio įvykio. Kaskart, jo vengiant, fobija dar labiau įsitvirtina.

Trauminių fobijų turintys pacientai paprastai gali susieti fobijos atsiradimą su specifiniu traumuojančiu įvykiu. Aiškiai su fiziniu sužeidimu susijusios fobijos yra po įkandimo išlikusi šunų baimė, aukščio baimė, nukritus nuo laiptų, po sunkios reakcijos susidariusi injekcijos baimė ir baimė važiuoti automobiliu po avarijos.

Fizinių baimių atsiradimą iliustruoja tokie atvejai:

1. Aštuonerių metų berniukas po labai sunkios operacijos ėmė labai bijoti ir alpti, kai patekdavo į ligoninę, pamatydavo gydytoją ar pajusdavo nuskausminamųjų vaistų kvapą. Ši baimė išliko visą gyvenimą.

2. Aukščio bijojusios moters baimė atsirado jai nukritus nuo aukšto nardymo lieptelio ir susižeidus.

3. Daugelio vairuoti bijančių pacientų fobijos prasidėjo po trauminių įvykių, kurių metu susižeidė jie patys arba žmonės, su kuriais jie tapatinosi.

4. Daugeliui pacientų prasidėjo fobijos, kai artimi jiems žmonės susirgo mirtina liga. Tokie pacientai ėmė bijoti vėžio, širdies ligos, kraujo išsiliejimo į smegenis.

5. Dvidešimt trejų metų moterį labai vargino griaustinio ir žaibo

baimė. Tik pamačiusi tamsius debesis, ji imdavo nerimauti. Kai pradėdavo griaudėti, ją apimdavo siaubas, ji mesdavo savo užsiėmimą kad ir kur būtų buvusi – darbe, namie ar kur kitur – ir bėgdavo slėptis į patalpą, kurioje nėra langų, pavyzdžiui, tualetą. Ši fobija prasidėjo aštuonerių metų, kai ji pamatė, kaip žaibas nutrenkė mažą berniuką.

6. Kai kurios tarpasmeninės baimės taip pat prasideda nuo trauminių įvykių. Pavyzdys galėtų būti pacientas, bijojęs pasirodyti viešose vietose nuo to laiko, kai nualpo apsisukus galvai; baimė apsivemti, atsiradusi pacientui po netikėto supykinimo viešoje vietoje; advokato baimė atvykti į teismą, prasidėjusi po dėl virškinamojo trakto infekcijos ištikusio viduriavimo (jis bijojo netikėtai imti tuštintis teismo salėje ir taip sužlugdyti savo karjerą).

7. Trauminiai įvykiai taip pat gali būti ir retesnių fobijų priežastis. Darbininkas ėmė bijoti dirbti kelyje, kai jį, dažantį baltą liniją, partrenkė sunkvežimis. Ši fobija išaugo į baimę važiuoti motociklu ar dviračiu bet kokiu keliu (Kraft ir Al-Issa, 1965a). Mergaitei prasidėjo nuolatinė karščio baimė, kai ji pamatė iš degančio namo išnešamus apanglėjusius dviejų vaikų kūnus. Ji ėmė bijoti praustis karštu vandeniu, valgyti karštą maistą ir gerti karštą vandenį. Taip pat ji bijojo paliesti tiek įjungtą, tiek išjungtą elektrinę viryklę ir lyginti karštu lygintuvu (Kraft ir Al-Issa, 1965b).

Trauminės fobijos nušviečia mintinius procesus, vykstančius formuojantis baimėms. Dėl trauminio patyrimo asmuo iš esmės peržiūri savo situacijos ar objekto pavojingumo vertinimą: anksčiau gana nepavojinga laikytą situaciją suvokia kaip žalingą.

Protas prieš kūną: psichosomatiniai sutrikimai ir isterija | 8

Kūno liga, į kurią žiūrime kaip į tikrą ir visiškai atskirą, iš tikrųjų gali būti tik dvasinio negalavimo simptomas.

Nathaniel Hawthorne

PROTO IR KŪNO PROBLEMA

Kai elgesį tyrinėjantys mokslininkai mėgina aiškinti tokias būsenas kaip psichosomatiniai sutrikimai ir isterija, jie žengia į miglose paskendusį organinės medicinos ir psichiatrijos paribį. Jie negali be vargo apeiti tokių dalykų kaip jausmai ir vaizduotė bei jų ryšys su kūno funkcijomis. Jie akis į akį susiduria su opia proto ir kūno problema, kuri per amžius glumino filosofus ir nėra iki galo išspręsta ir dabar.

Per daug galvos nesukantis žmogus gali išvyti tokius reiškinius kaip vaizduotė į nežemišką sritį: dėl meningito paralyžiuotas asmuo „tikrai" serga, o isterinio paralyžiaus ištiktas asmuo ligą tik „įsivaizduoja". Sąvoka *tikras* priešpriešinama sąvokai *įsivaizduotas*. Tačiau pacientas, kenčiantis nuo paralyžiaus ar skausmo, susijusio su vaizduote, išgyvena simptomą taip, kaip ir organinę ligą.

Klausimas, ar liga yra psichologinės, ar fiziologinės kilmės, tampa dar sudėtingesnis, kai nagrinėjame psichosomatinių ligų etiologiją. Šiais atvejais galima aptikti aiškių pakitimų, pavyzdžiui, skrandžio, dvylikapirštės žarnos opą arba dermatitą, arba kraujo

spaudimo ar širdies ritmo matavimo aparatu nustatyti sutrikusių fiziologinių procesų požymių. Be to, tyrėjas gali išmintingai nutarti, kad negalavimus sukelia „padidėjęs autonominės nervų sistemos aktyvumas". Ligos apčiuopiamumas įrodo, kad ji iš tikrųjų reali – šią nuomonę pagrindžia faktas, kad opą turintis pacientas gali mirti nuo kraujavimo. Tačiau kai klausiame, kas sukelia autonominės nervų sistemos hiperaktyvumą, ir tiriame ligos atsiradimo aplinkybes, mūsų pasitikėjimas vien fiziologiniais aiškinimais susvyruoja.

Paprastai pischosomatine liga susirgęs arba jos paūmėjimą jaučiantis žmogus su jos simptomais sieja tam tikrus emocinius išgyvenimus. Pacientas teigia, kad, jam jaudinantis, jo opa „sukyla", o „užvirus iš pykčio", paūmėja dermatitas. Tačiau jaudinimosi ir pykčio negalima ištirti mėgintuvėlyje, pasverti svarstyklėmis ar išmatuoti galvanometru. Be to, siekdamas susilpninti simptomą, gydytojas ar psichoterapeutas remiasi nefiziologiniais veiksniais. Jis pataria pacientui, kaip sumažinti jaudinimąsi ar pyktį, ir vėliau stebi, kaip gyja oda ar dvylikapirštė. Arba jis skiria raminamųjų, ir pacientas pastebi, kad, sumažėjus nerimui, fiziniai simptomai sušvelnėja.

Ir psichologinės, ir organinės pakraipos mokyklos, mėgindamos paaiškinti neurozes ir psichosomatinius sutrikimus, įsitraukė į ilgus ginčus. Kas pirmesnis – psichologinis ar fiziologinis reiškinys? Daugelis organikų atmeta „neįtikinamą" mintį, kad tokie neaiškūs reiškiniai kaip emocijos, mintys ar vaizdiniai gali turėti lemiamą vaidmenį. Geriausiu atveju sutariama, kad šie psichiniai reiškiniai tėra epifenomenai – t. y. ne tikri reiškiniai, o veikiau šalutiniai fiziologinio aktyvumo produktai.

Filosofai, sukantys galvas dėl proto ir kūno problemos, savo mintis apie šiuos – isterinius ir psichosomatinius – sutrikimus formulavo panašiai. Vieno filosofinio požiūrio – *idealizmo* – šalininkai suteikia visišką pirmenybę minčiai. *Materialistai*, priešingai, tvirtina, kad tik

kūnas yra realus, o proto sąvoka yra išgalvota. *Interakcionistai* teigia, kad egzistuoja ir protas, ir kūnas, kurie veikia vienas kitą. Samprata, kad psichiniai ir fiziniai procesai vyksta kartu, nedarydami įtakos vieni kitiems, buvo pavadinta *paralelizmu*. Viskas, kas daro įtaką protui, kartu veikia ir kūną, ir atvirkščiai. Geštaltinės psichologijos atstovai mano, kad sąmoninga ir kūno patirtis visiškai atitinka viena kitą.

Pastaraisiais metais dėl biheviorizmo įtakos buvo linkstama ignoruoti proto ir kūno problemą. Kai kurie bihevioristai, pavyzdžiui, Watsonas (1914), paprasčiausiai išbraukė mintis ir jausmus iš psichologijos tyrimų srities. Kiti vartoja semantines priemones: mintis ir jausmus vadina „elgesiu", kad juos būtų galima tirti kaip priklausomus kintamuosius, tačiau nepriskiria jiems savarankiško ar pirminio vaidmens. Taip pat reikia pasakyti, kad kai kurie filosofai laiko proto ir kūno problemą netikra, atsiradusia dėl klaidingų prielaidų.

Nors čia ir neverta bandyti spręsti proto ir kūno problemą, galime pasinaudoti teorinėmis sistemomis aprašomajam-aiškinamajam modeliui, kuris geriausiai atitinka mūsų tikslus, sudaryti. Iš psichosomatinių sutrikimų ir isterijos aptarimo bus akivaizdu, kad geriausiai šias ligas suprasti padeda „sąveikos modelis". Šis modelis geriau nei kiti proto ir kūno problemos sprendimai paaiškina klinikinius stebėjimus. Tik sąveikos modelis apima ir prasmingai susieja klinikinių atvejų duomenis apie emocinį sujaudinimą, matomus fizinius pakitimus, žaizdų gijimą gydant psichologiškai ir emocinio streso palengvėjimą vartojant raminamuosius vaistus.

Klinicistai yra aprašę daug ligų, kuriose psichologiniams veiksniams tenka svarbus vaidmuo, sukeliant fizinius simptomus ar negalavimą. Kartais šie psichologiniai veiksniai apibrėžiami kaip stresiniai įvykiai ar aplinkybės. Su emociniais sutrikimais glaudžiai susijusias somatines ligas galima suskirstyti į tris grupes: 1) fiziologiniai sutrikimai ar struktūriniai nenormalumai, kurių atsiradimą

lemia kartu ir psichologiniai, ir konstituciniai veiksniai. Šie psichosomatiniai sutrikimai[1] yra dvylikapirštės žarnos opa, prievarčio spazmai, kolitas, kai kurios specifinės dermatitų grupės ligos, hipertenzija, priepuolinė širdies aritmija ir galvos skausmai. Šias ligas paprastai sukelia arba sustiprina emocinis sujaudinimas; 2) somatiniai negalavimai, kuriuos sustiprina psichologiniai procesai. Šiai kategorijai priklauso „psichologiškai pridengti" atvejai, pavyzdžiui, širdies nepakankamumas arba žymus kvėpavimo sutrikimas, atsiradęs dėl nedidelės krūtinės patologijos; 3) pojūčių ir judesių pakitimai, kai nenustatoma audinių patologijos arba sutrikusios fiziologijos. Šiai kategorijai priklauso platus ligų spektras nuo „somatinių vaizdinių" ir isterijų iki somatinių kliedesių. Daugeliu atžvilgių ši grupė yra pati įdomiausia iš visų su psichologiniais veiksniais susijusių somatinių simptomų.

PSICHOSOMATINĖS LIGOS

Psichosomatiniai sutrikimai apibrėžiami kaip akivaizdūs struktūros arba funkcionavimo pakitimai, būdingi organui ar kūno fiziologinei sistemai: odai, virškinimo, lytinei ir šalinimo, kraujotakos ir kvėpavimo sistemoms. Šiose sistemose yra valingai nekontroliuojamų lygiųjų raumenų, kuriuos kontroliuoja autonominė nervų sistema. Tačiau galimi ir psichofiziologiniai atramos ir judėjimo sistemos, kuriai priklauso valingai kontroliuojami skersaruožiai raumenys, sutrikimai, pasireiškiantys galvos ir nugaros skausmais (Amerikos psichiatrų asociacija, 1968).

Per pastaruosius 50 metų buvo pasiūlyta daug sąveikos modelių ryšiui tarp psichosomatines ligas lemiančių psichologinių ir fiziolo-

[1] Senesnį „psichosomatinės ligos" terminą pamažu keičia terminas „psichofiziologinis sutrikimas".

ginių veiksnių paaiškinti. Šie modeliai buvo kritiškai analizuojami (Mendelson, Hirsh ir Webber, 1956; Beck, 1972a).

Šie modeliai, bendrais bruožais, yra dviejų tipų. Pirma, tai *psichologinio specifiškumo modeliai*: psichosomatinės ligos tipas priklauso nuo specifinių asmenybės savybių, konflikto ar nuostatos. Antra, *fiziologinio specifiškumo modeliai*: asmuo į įvairius skirtingus stresus reaguoja ta pačia psichosomatine liga.

Pagal ankstyvąją psichoanalizę, konkreti psichosomatinė liga yra specifinė konversija, kuriai būdingi simptomai, simboliškai išreiškiantys potraukius ir idėjas. Pavyzdžiui, viduriavimas buvo laikomas infantiliško potraukio konversija (Ferenczi, 1926). Garma (1953) teigė, kad skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opa yra agresyvios motinos, kurią pacientas internalizavo, simbolis. Jis manė, kad opos kraštai simbolizuoja internalizuotos motinos nasrus.

Daug psichoanalitikų kėlė mintį, kad psichosomatinės ligos išreiškia fiziologinę regresiją į kūdikystei būdingą kūno funkcionavimą. Margolin (1953), pavyzdžiui, teigė, kad yra tiesioginis ryšys tarp fiziologinės ir psichologinės regresijos laipsnio. Daugelį medicininių simptomų priskirdamas „nuolatiniam ir lokalizuotam parasimpatiniam jaudinimui", Scaszas (1952) tvirtino, kad toks jaudinimas turi būti laikomas regresyviu, nes parasimpatinė nervų sistema vystosi anksčiau už simpatinę.

Viena iš pirmųjų psichosomatinių ligų tyrėjų Flanders Dunbar (1953) smarkiai kritikavo konversijos teoriją. Ji pateikė statistinių duomenų, liudijančių, kad tam tikros psichosomatinės ligos yra susijusios su tam tikru asmenybės tipu. Migreną, vainikinių kraujagyslių susiaurėjimą ir skrandžio opą ji siejo su specifiniais asmenybės profiliais. Tačiau vėlesni tyrimai privertė suabejoti jos koncepcija.

Spitz (1951) ir Gerard (1953) siejo tam tikras psichosomatines vaikų ligas su jų motinų asmenybėmis. Gerard, pavyzdžiui, teigė,

kad astma sergančių vaikų motinos dažnai būna „priklausomos, reikalaujančios dėmesio, neatsidavusios", tačiau visada „žavios ir patrauklios, išoriškai demonstruojančios puikų prisitaikymą".

Alexanderis (1950) atmetė ir konversijos teoriją, ir Dunbar asmenybės profilio ir ligos koreliacijos koncepciją. Jis psichosomatines ligas priskyrė pasąmonės konfliktams: tam tikri asmens konfliktai atitinkamai atsispindi psichosomatinėje ligoje, kuria jis serga. Pavyzdžiui, Alexanderis skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opos atsiradimą laikė fiziologiniu atsaku į išstumtą meilės ir globos troškimą: kenčiantis skrandis „ašaroja" (druskos rūgštimi) meilės. Jis tvirtino, kad astma yra nuslopintas pagalbos šauksmas. Be to, skrandžio (įskrandžio) spazmai turi pasąmoninę prasmę, kurią galima nusakyti taip: „Negaliu praryti situacijos".

Fiziologinio specifiškumo modelio šalininkas Wolffas (1950) kėlė hipotezę, kad kiekvienas turime tipišką, nuoseklų, genetiškai nulemtą fizinį atsaką į stresą. Tačiau paciento pažeidžiamumas gali neišryškėti ilgą laiką. Kai galiausiai jį ištinka pakankamai stiprus stresas, jis suserga liga, kuri siejasi su silpnąja jo organizmo grandimi – kolitu, migrena, dermatitu ir t. t.

Lacey ir Lacey (1958) surinko daug duomenų apie fiziologinės reakcijos į įvairias stresines situacijas specifiškumą. Kiekvienas tiriamasis buvo linkęs per stipriai reaguoti bent viena fiziologine sistema. Pavyzdžiui, į bet kokį stresą žmogus reaguoja smarkiai padažnėjusiu širdies ritmu, tačiau jo prakaito išsiskyrimas lieka beveik toks pat; kitas reaguoja smarkiu prakaitavimu, tačiau jo širdies ritmas pasikeičia tik truputį.

Psichologinis stresas ir fiziniai nenormalumai

Kadangi eksperimentiniai duomenys rodo, kad veikiant stresui kiekvienas individas perdėtai reaguoja tam tikra fiziologine sistema, labai svarbu apibrėžti streso sąvoką, terminą, perimtą iš fizikos ir

inžinerijos. Dauguma autorių stresą apibrėžia kaip išorines sąlygas, kurios gali sukelti vidinę įtampą, lemiančią somatines ligas. Ši vidinė įtampa reiškiasi sujaudinimo būsenomis, kurias subjektyviai patiriame kaip pyktį, nerimą arba euforiją.

Emocinį sujaudinimą lydi padidėjęs autonominės nervų sistemos aktyvumas. Autonominės nervų sistemos sujaudinimas gali paveikti vieną ar daugiau fiziologinių sistemų. Pagal sukeltos emocijos tipą (pavyzdžiui, nerimą ar pyktį) nebūtinai galime spręsti, kuri sistema bus suaktyvinta, tačiau atrodo, kad kiekvienas individas reaguoja jam būdingu būdu: nuo to, kuri fiziologinė sistema yra perdėtai reaktyvi, priklauso, ar somatiškai tai reiškiasi virškinimo trakto (dvylikapirštės žarnos opa), odos (neurodermatozė), kvėpavimo (astma), ar širdies ir kraujagyslių (padidėjęs kraujospūdis arba tachikardijos priepuoliai) sistemos pakitimais arba sutrikimais.

Nors tokia formuluotė gali atrodyti tikėtina, ja akivaizdžiai apeinama daugelis grandinės grandžių. Kad nustatytume tarpinius kintamuosius, reikia ištyrinėti streso prigimtį ir kognityvinių bei emocinių sistemų sąveiką į jį reaguojant. Manoma, kad psichosomatinių ligų atsiradimui turi įtakos įvairios stresą sukeliančios situacijos.

Pirmąją streso kategoriją sudaro sukrečiančios situacijos, būdingos mūšiui. Tokios stresinės aplinkybės kaip mūšis kelia tokią tikrą ir didžiulę grėsmę, kad nerimas beveik neišvengiamas. Tačiau mūšiuose užgrūdintas kareivis ilgainiui paprastai vis mažiau nerimauja, matyt, vis labiau pasitikėdamas savo gebėjimu įveikti pavojų ir išmokdamas atpažinti gyvybei pavojingas situacijas. Nepaisant to, nustatyta, kad bemaž visiems kovotojams ateina lūžio akimirka; pavyzdžiui, Antrojo pasaulinio karo metu beveik visi lakūnai po tam tikro skaičiaus kovinių užduočių pradėdavo jausti emocinius arba psichosomatinius simptomus.

Kitos, ne tokios dramatiškos kaip mūšio, grėsmės yra artėjantys akademiniai arba verslo sunkumai, kurie kelia pavojų socialiniam

arba ekonominiam statusui, įvykiai, susiję su rizika sveikatai ir gerovei, ir tarpasmeniniams santykiams gresiantys pavojai. Kai kurios situacijos nėra taip akivaizdžiai stresinės – pavyzdžiui, aplinka, kuri trukdo individui susidaryti nuoseklų, racionalų žalingų stimulų įveikimo planą. Pavyzdys galėtų būti situacija darbe, kai nemalonūs įvykiai nutinka netikėtai. Kadangi darbuotojas negali numatyti „saugių" laikotarpių, kurių metu galėtų atsipalaiduoti ir trumpam užmiršti budrumą, jis nuolat išgyvena subjektyvią įtampą. Sekretorė, kurios viršininkas buvo labai ūmus, niekada negalėjo numatyti, kada jis ją užsipuls. Galiausiai ji susirgo vidutinio sunkumo kolitu. Jos sveikata pagerėjo, kai tik ji susirado ramesnį darbą. Panašiai ir vaikas gali jausti didelį stresą, jei vieno iš tėvų nuotaika neprognozuojamai kaitaliojasi. Pasitraukus iš tokių situacijų nerimas ir su juo susijęs psichosomatinis sutrikimas paprastai sumažėja. Tačiau grįžti į normalią būseną po ilgo streso gali prireikti laiko.

Antrąją streso kategoriją sudaro nuolatiniai nekrentantys į akis sunkumai. Erozija vyksta pamažu, o atsiranda dėl daugelio nežymių įtampų, kurios atskirai nėra lemiamos, kaupimosi. Ilga nepalankių aplinkybių, pavyzdžiui, frustracijų, atstūmimo, gąsdinančių situacijų, virtinė po truputį sukuria stiprų emocinį sujaudinimą ir paveikia asmens gebėjimus prisitaikyti.

Trečioji streso rūšis yra labai specifiška konkrečiam individui: tam tikra situacija (specifinis stresas) užgauna specifines jo silpnybes. Dauguma žmonių yra jautrūs tam tikriems dalykams ir yra labai linkę perdėtai jaudintis dėl įvykių, kurie paliečia šias jautrias vietas. Aplinkybės, kurios neveikia vieno žmogaus, kitam gali sukelti traumą. Vienas asmuo gali perdėtai reaguoti į atstūmimą, kitas – į savavališką drausminimą, dar kitas – į tai, ką jis laiko grėsme sveikatai. Koks įvykis konkrečiam individui yra stresinis, priklauso nuo asmeninių to individo prasmių ir konotacijų (žr. 3 skyrių).

Ir į nerimą, ir į pyktį linkę pacientai turi vieną esminį asmenybės bruožą: tam tikrus gyvenimo įvykius jie paprastai aiškina labai savotiškai. Pavyzdžiui, į nerimą ir psichofiziologinius sutrikimus linkęs asmuo nepavojingus stimulus suvokia kaip grėsmingus, o menkas grėsmes, kurias lengva įveikti, paverčia didžiulėmis nelaimėmis.

Neseniai buvo bandoma nustatyti priežastinį ryšį tarp stresinių situacijų ir psichosomatinių sutrikimų. Tyrėjai Gyvenimo įvykių klausimynu (Holmes ir Rahe, 1967) nustatė tam tikrą objektyvų ryšį tarp streso ir fizinio sutrikimo. Tačiau klinikiniai duomenys rodo, kad pačios stresinės gyvenimo situacijos yra ne tokios svarbios nerimui ir psichosomatinėms ligoms atsirasti – svarbiau, kaip šios situacijos *suvokiamos*. Dažniau somatinėmis ligomis sergantys individai yra labiau linkę laikyti įvykius stresiniais nei ne tokie pažeidžiami somatinių ligų žmonės. Tyrimas parodė, kad pirmoji grupė į sunkumus reaguoja didesne psichologine ir somatine disfunkcija (Hinkle ir kt., 1958).

Astma sergančių vaikų tyrimas iliustruoja, kaip sudėtinga nustatyti, kokios aplinkybės yra stresinės. Kai astma sergančių vaikų grupė buvo tiesiogine prasme atskirta nuo tėvų ir apgyvendinta viešbutyje, jų klinikinė būklė labai pagerėjo (Sarason, 1972a). Jiems grįžus namo, pagerėjimas išnyko. Tikriausiai vaikus stresiškai veikė tėvų ir vaiko bruožų derinys. Kitiems vaikams atskyrimas nuo tėvų gali būti labai stresiškas.

„Vidinis stresorius"

Iki šiol apie stresą kalbėjome kaip apie išorinių aplinkybių sukeltą įtampą. Bet įprastomis psichosomatinėmis ligomis galima susirgti ir tada, kai nėra neįprastų išorinių sąlygų, kurios galėtų jas paaiškinti. Šiais atvejais stresas generuojamas iš vidaus. Jį sudaro tokie psichologiniai reiškiniai kaip pasikartojančios baimės bei asmens

priekaištai ir reikalavimai sau. Šį sau sukeliamo streso mechanizmą galima paaiškinti „vidine komunikacijos sistema". Kai kuriais požiūriais ji analogiška Freudo *superego* sąvokai.

Dauguma pacientų, kurie konsultuojasi su gydytojais dėl psichosomatinių ligų, nieko nekalba apie specifinį išorinį stresą. Dažnai jie atrodo „nervingi" ir gauna „neurotiko" arba „psicho" etiketę (pirmiausia gydytojo, o vėliau ir savo akyse). Gydytojas dažnai jiems sako, kad jie per daug jaudinasi arba per rimtai į viską žiūri. Tokie teiginiai, užuot padėję susiprasti, paprastai įtvirtina paciento nuomonę, kad jis yra nestabilus ir menkavertis.

Besiplūkiantis verslininkas, kuris suserga opa, yra stereotipiškas polinkio į psichosomatinę ligą pavyzdys. Nors ta pati psichologinė konfigūracija gali nulemti ir kitą psichosomatinį sindromą – padidėjusį kraujospūdį ar dermatitą, – pravartu panagrinėti šį atvejį kaip visų psichosomatinių sutrikimų iliustraciją. „Vadovas opininkas" kelia sau aukštus tikslus ir gena save ir kitus, kad juos pasiektų. Matomas jo elgesys atspindi jo tikslų ir įsitikinimų sistemą, kuri sukuria nuolatinę įtampą. Polinkio dirbti varomoji jėga yra nuolatinis susirūpinimas, kad jis nepasieks savo tikslų ar kad jis arba jo pavaldiniai padarys brangiai kainuosiančių klaidų. Į kiekvieną naują uždavinį jis reaguoja didelėmis abejonėmis. Paprastai jis perdeda užduoties reikšmę ir sunkumą (klaidingas kognityvinis vertinimas) ir nepakankamai įvertina savo gebėjimus ją įveikti (ir vėl klaidingas kognityvinis vertinimas). Jis ne tik sureikšmina kliūtis užduočiai įvykdyti, bet ir perdeda nesėkmės padarinius. Pavyzdžiui, nors tam tikro finansinio sumanymo rezultatai yra tik neaiškūs, jis galbūt įsivaizduoja į bankrotą vedančius įvykius. Žinoma, jis gali vyti save ir dėl kitų priežasčių, ne tik iš nesėkmės baimės. Žmogus, kuris veikia genamas minties, kad vienintelis kelias į laimę yra visiška sėkmė, gali spausti save taip pat smarkiai, kaip ir asmuo, kuris bijo nesėkmės.

Nors faktų, liudijančių apie spaudimą iš išorės, gali ir nebūti, dėl

paciento požiūrio į darbą šis jam kelia stresą. Jis nuolat patiria stresą, kiekvieną užduotį laikydamas didžiausiu išbandymu ir visą laiką lenktyniaudamas su likimu, kad išvengtų įsivaizduojamos negandos. Susikurtas psichologinis stresas per daug apkrauna vieną ar daugiau fiziologinių sistemų.

Į nerimą ir psichofiziologinius sutrikimus linkę žmonės perdeda ne tik galimas šiurpias nepasiektų tikslų *pasekmes*, bet ir šių pasekmių atsiradimo tikimybę. Pavyzdžiui, turintis polinkį į opaligę studentas nuolat jaudindavosi, ar spės laiku atlikti užduotį ir tinkamai pasirengti egzaminui. Apklausiamas keletą savaičių prieš egzaminą, jis vertindavo kurso baigimo šansus 50 procentų. Nors jį lydėdavo sėkmė, tikimybę, kad bus nepasirengęs egzaminui, artėjant kito egzamino datai jis laikydavo vis didesne, o prasidedant egzaminui ji pasiekdavo 99 procentus. Kartu neigiamos neišlaikymo *pasekmės* jam darydavosi vis baisesnės. „Jie nuspręs išmesti mane iš kurso... mane tai taip paveiks, kad nebesugebėsiu išlaikyti nė vieno egzamino... mane pašalins iš aukštosios ir aš tapsiu valkata". Kadangi studentas per visą savo akademinę karjerą išlaikydavo įskaitas ir egzaminus, akivaizdu, kad jo baimė dėl nepasirengimo kildavo daugiausia iš vidinių mąstymo procesų, o ne išorinio streso.

Vertėtų tirti toliau, kodėl kai kuriems tokiems kaip šis studentas pacientams dėl per didelio nerimo atsiranda psichosomatinių sutrikimų, o kiti išgyvena nuolatinį stresą nepatirdami fizinių simptomų. Bet kuriuo atveju akivaizdu, kad jų mąstymas yra panašus. Jų dėmesys prikaustytas prie nevykusio pasirodymo ar net nelaimės baimės; jie yra „chroniški nerimautojai". Remiantis dabartinėmis mūsų žiniomis, atrodo tikėtina, kad psichosomatinių simptomų atsiradimą, be nerimo, nulemia ir genetiniai veiksniai.

Psichofiziologinis ciklas

Dauguma atvejų psichofiziologinių sutrikimų atsiradimas ir išlikimas priklauso nuo nuolatinės sąveikos tarp pažinimo, emocijų ir fizinių simptomų. Šį ciklą iliustruoja keturiasdešimt aštuonerių metų namų šeimininkės, kuri skundėsi periodiškais skausmais pilvo apačioje ir viduriavimu, ligos istorija. Priepuoliai trukdavo nuo dviejų savaičių iki šešių mėnesių. Juos akivaizdžiai paskatindavo išoriniai stresai. Per 30 metų ji daug kartų buvo tikrinta (taip pat ir rentgenu), tačiau nebuvo rasta jokių organinės ligos požymių. Jos diagnozė buvo „gaubtinės žarnos dirglumas". Patys sunkiausi priepuoliai, kurių metu ji kentė aštrų pilvo skausmą ir viduriavo su krauju, prasidėjo jos motinai gulint mirties patale. Pacientei tuo metu buvo keturiasdešimt septyneri. Tuo laikotarpiu ji išgyveno nerimą ir jaudulį, ir virškinamojo trakto simptomai išryškėjo per keletą dienų. Šįkart rentgenas parodė aiškias storosios žarnos opas. Didelis emocinis jaudulys akivaizdžiai sukėlė žarnyno spazmus, o dėl jų atsirado gleivinės pakitimų.

Kadangi dauguma žmonių įstengia be psichiatrinių ir psichosomatinių sutrikimų pakelti netgi tokius drastiškus įvykius kaip tėvų liga ir mirtis, kyla klausimas: kodėl šios pacientės reakcija buvo tokia sunki? Šiuo, kaip ir daugeliu psichosomatinių ligų, atveju pacientė turėjo psichologinį (taip pat ir fiziologinį) polinkį: ji prisiminė, kad, penkerių metų pradėjusi lankyti darželį, į „nerimą keliančias situacijas" reaguodavo trumpalaikiais viduriavimais. Šios reakcijos nesukeldavo jokių didelių sunkumų iki pacientei sukako aštuoniolika. Tuo metu jos vyresnioji sesuo susirgo storosios žarnos vėžiu ir nuo jo mirė. Tada pacientę apėmė nerimas, kad ji irgi mirs nuo vėžio. Kiekvieną fizinį simptomą ji aiškinosi kaip vėžio požymį. Pavyzdžiui, tik pajutusi nesmagumą pilve (net jei jo priežastis akivaizdžiai buvo labai proziškas persivalgymas), ji pagalvodavo: „Tai tikriausiai vėžys". Tada pilvo negalavimas

sustiprėdavo ir ji galiausiai suviduriuodavo. Šitaip kaip atsakas į stresą susiformavo stiprėjančio nerimo ciklas: grėsmė – nerimas – žarnų spazmas – skausmas – nerimas.

Įvykių seką, šiuo atveju sukėlusią nedidelį opinį kolitą, suprasti nesunku. Motinos liga šiai pacientei buvo stresas – ji nuolat kėlė mintis apie grėsmę motinos gyvybei (taip pat atgijo ir pacientės mintys apie savo pačios mirtį). Nemažėjanti grėsmė sukėlė nerimą ir fiziologinę jo raišką. Kadangi taikinys buvo apatinė pacientės virškinamojo trakto dalis, itin aktyvi autonominė nervų sistema sukėlė spazmus ir viduriavimą. Pojūčiai žarnyne taip pat buvo įvertinami: pojūčius ji interpretavo kaip vėžio požymius, todėl jos nerimas vis didėjo, o žarnyno liga sunkėjo.

„Psichologiškai pridengtos" fizinės ligos

Daugelis pacientų iš tikrųjų serga organine liga, tačiau dėl psichologinių veiksnių jų neįgalumas arba kančia yra aiškiai per dideli, palyginti su tikruoju organiniu sutrikimu. Su psichologiniais veiksniais susiję neįgalumas ir stresas gali būti iš esmės vienintelė medicininio įsikišimo priežastis. Daugelis „neįgalumo dėl širdies" atvejų priklauso šiai kategorijai. Pavyzdžiui, pacientas, persirgęs širdies liga, gali nuolat bijoti mirties net jausdamasis gerai ir nepatirdamas jokių liekamųjų reiškinių. Jis gali bijoti judėti arba nuvargti, kad išvengtų širdies priepuolio ir staigios mirties. Dėl to jis dažnai smarkiai apriboja savo veiklą. Būna, kad dėl įprasto pasitenkinimo trūkumo ir nemalonaus nuolatinio nerimo susergama depresija.

Katcher (1969) aprašė atvejį, kai psichologiniai veiksniai smarkiai sustiprino stresą ir neįgalumą, sergant organine liga. Keturiasdešimtmetis vyras daug metų sirgo stenokardija. Elektrokardiograma rodė tipiškus širdies kraujagyslių ligos simptomus: ST segmento depresiją, kuri sustiprėdavo pasimankštinus.

Pacientas buvo taip sukaustytas stenokardijos, kad, nejausdamas

aštraus skausmo krūtinėje, tegalėjo paėjėti keletą žingsnių. Jei nesustodavo pailsėti, vėl jausdavo skausmus krūtinėje, taigi ir artėjančio širdies priepuolio baimę.

Psichiatras, gydydamas šį pacientą, naudojo elgesio ir kognityvinės terapijos derinį. Pabrėždamas, kad statistiniai duomenys rodo, jog saikingas mankštinimasis tokiais atvejais yra naudingas, o pratimų vengimas – žalingas, jis stengėsi pakirsti paciento įsitikinimą, kad mankšta gali sukelti miokardo infarktą.

Paskui pacientui buvo pateikta sunkėjančių pratimų programa. Jis turėjo nueiti tam tikrą atstumą, kol pradės jausti aiškų skausmą, ir tada sustoti. Šis atstumas pamažu ilgėjo, ir galų gale pacientas galėjo vaikščioti *ad libitum*, nejausdamas jokio skausmo krūtinėje. Apėmus baimei jis turėdavo kartoti žodžius: „Mankštintis yra gerai". Toks savęs nuraminimas ne tik sumažindavo nerimą, bet ir paskatindavo eiti toliau.

Kai treniruotės baigėsi, buvo atlikta elektrokardiograma. Nors ST segmentas poilsio metu vis dar buvo depresiškas, po pratimų jo depresija nepadidėdavo!

Psichologinę priedangą galima paaiškinti taip: po pirmųjų skausmo simptomų pacientas laukdavo staigios mirties nuo miokardo infarkto. Jis automatiškai susiedavo pratimus su širdies priepuoliu; taigi bet kokia fizinė mankšta jam kėlė baimę. Prieš pasivaikščiojimą kilęs nerimas pagreitindavo širdies ritmą ir kitas autonomines reakcijas, kurios savo ruožtu apkraudavo širdį ir padidindavo širdies kraujagyslių nepakankamumą. Dėl to po keleto žingsnių jam iš tikrųjų prasidėdavo stenokardija: tai klasikinis išsipildančios pranašystės pavyzdys.

Kartą įsitikinęs, kad skausmas kyla iš nerimo, visai nebūtinai dėl pratimų, jis galėjo toliau laikytis mankštos režimo, kol visai atsikratė ligos simptomų.

Kita psichologiškai pridengtų somatinių ligų grupė yra plaučių ligos. Jomis sergantieji dažnai stebi kiekvieną įkvėpimą, kiekvieną

krūtinės judesį. Žinodami apie plaučių patologiją, jie dažnai mano, kad, siekiant išgyventi, būtina orą kvėpti vidun ir iškvėpti valingai.

Šią problemą parodė sistemingas lėtinių kvėpavimo sutrikimų tyrimas, kurį atliko Dudley, Martin ir Holmes (1964). Ištyrus 20 plaučių tuberkulioze ar kitomis kvėpavimo takų obstrukciją sukeliančiomis ligomis sergančių asmenų nustatyta, kad oro trūkumo jausmas neturi ryšio su objektyviomis plaučių funkcionavimo kliūtimis. Kai pacientai supykdavo ar nerimaudavo, reaguodami į natūraliai atsirandančias nepalankias gyvenimo aplinkybes, jie imdavo per smarkiai kvėpuoti ir dusti. Tarp tikrosios disfunkcijos ir kvėpavimo sunkumų ryšio nebuvo. Šis tyrimas parodė, kad *kvėpavimo sutrikimai priklauso nuo iš kvėpavimo sistemos ateinančių signalų suvokimo.* Šie pacientai itin jautriai reaguodavo į širdies ir kvėpavimo sistemos pokyčius, kuriuos paprastai patiria ir kiti žmonės, bet nekreipia į juos dėmesio. Tačiau šie pacientai kvėpavimo pokyčius siejo su grėsme gyvybei, ir tai atsispindėjo subjektyviai išgyvenamu stresu. Atsirasdavo ydingas ratas: nerimas – per smarkus ir dažnas kvėpavimas – nebegalėjimas atgauti kvapo – nerimas.

SOMATINIAI VAIZDINIAI

Kalbėdami apie fobijas, jau užsiminėme apie somatinių vaizdinių fenomeną. Pavyzdžiui, aukščio bijantiems pacientams, būnant prie aukštumos krašto, dažnai atrodo, kad jie svyra ar krenta, arba kad kas traukia juos į bedugnę. Vandens bijojusi pacientė, įsivaizduodama save vandenyje, pasijuto skęstanti. Panašiai žmonės, pamatę sužeistąjį, patiria jo skausmą; jie pasijunta, tarsi patys būtų sužeisti.

3 skyriuje kalbėdamas apie asmeninę sritį neatimamu jos komponentu greta asmens daiktų pavadinau ir asmens nuomonę apie save. Kitas esminis Aš vaizdo komponentas yra „kūniškasis

Aš", „somatinis Aš" arba „kūno vaizdas" (Epstein, 1973). Individo somatinio Aš koncepcija tam tikru metu gali nulemti, ar jis jaučia malonumą, ar skausmą, ar jaučiasi stiprus, ar silpnas, energingas ar apatiškas. Jo požiūris į savo kūno būklę jausmus ir pojūčius gali lemti labiau nei tikroji fizinė būklė.

Vaizdinė stimuliacija gali paveikti kūno vaizdą ir sukelti įvairiausių pojūčių. Pavyzdžiui, ant išlenkto ekrano (vadinamoji sinerama) demonstruojamas judėjimas žiūrovui dažnai sukuria iliuziją, kad jis labai greitai važiuoja, tarkime, bobslėjaus rogutėmis arba krenta erdvėje. Jis patiria tuos pačius pojūčius kaip ir iš tikrųjų važiuodamas arba krisdamas. Panašiai filme matydamas sužalotus žmones žiūrovas gali pajusti skausmą ir nerimą. Šis vaizdinių iliuzijų sukurtų kūno pojūčių fenomenas yra dar vienas somatinių vaizdinių pavyzdys.

Žinoma, somatiniai vaizdiniai gali kilti ir be vizualinės stimuliacijos. Sensorinių vaizdinių paplitimą daugiau nei prieš 100 metų užfiksavo seras Francis Galtonas (1883). Kai kurie Galtono pacientai patirdavo tokius aiškius somatinius pojūčius, kad dažnai abejodavo, ar jų pojūčius nulėmė vaizduotė, ar tikri fiziniai stimulai.

Fantazijos arba svajonės (be išorinių regimųjų stimulų) taip pat gali sukelti intensyvius pojūčius kūne. Apie tokio pobūdžio somatinius vaizdinius dažnai pasakoja psichiatrijos klinikų pacientai. Pavyzdžiui, vienam pacientui vis pasirodydavo, kad sužalojamas jo penis. Išgirdęs uždarant langą, jis įsivaizduodavo, kad langas priveria jo penį, ir pajusdavo, kaip jis traiškomas. Netikėtai pastebėjęs aštrų peilį, jis įsivaizduodavo, kad peilis pjauna jo penį, ir kartu pajusdavo aštrų skausmą jame.

Mintys apie fizinį sužeidimą gali sukelti somatinius pojūčius. Paauglys, pamatęs kraują arba kūno ydas, reaguodavo nerimu. Jis buvo itin jautrus bet kokiems stimulams, primenantiems lūžtančius kaulus. Kai terapeutas parodė jam kaulą, jis pagalvojo: „Mano koja gali lūžti", pajuto skausmą joje, tarsi kaului išlindus per kojos odą.

Kitas pacientas lengvai *identifikuodavosi* su ligoniais ir neįgaliaisiais. Pavyzdžiui, skaitydamas apie neramų ligonį, kurio rankas surišo palydovas, jis pajuto, tarsi jo rankos būtų sugriebtos ir stipriai suspaustos. Kitą kartą, skaitydamas apie pamažu akusį pacientą, jis patyrė trumpą savo paties regėjimo aptemimą. Šiuo atveju veikiau mintys, o ne vaizdiniai nulėmė nemalonius pojūčius.

ISTERIJA

Isterija yra patologinis somatinio įsivaizdavimo proceso tęsinys. Labiausiai paplitusios dabartinės isterijos formos – tai kokie nors fiziniai sutrikimai, nesusiję su jokia nustatyta organine liga ar fiziologiniu nenormalumu. Kūno negalavimas gali būti galūnės susilpnėjimas (paralyžius arba silpnumas); pojūčių kurioje nors kūno dalyje praradimas; skausmo pojūtis, nesant jokio skausmo receptorių stimuliavimo; padidėjęs raumenų aktyvumas, kaip isterinio užspringimo arba pseudoepilepsijos atveju.

Tirdamas isterija sergantį pacientą gydytojas dažnai nustato, kad isterinio simptomo raida atitinka ne tikrąją kūno anatomiją, o tai, kaip individas įsivaizduoja fizinės ligos raišką. Būna, kad, susižeidęs koją ar dilbį, isterija sergantysis patiria „kojinės ar pirštinės" nejautrą – tokį pojūčių praradimą, kurio negali sukelti joks sužeidimas. Panašiai, jei pacientas yra įsitikinęs, kad pažeistos jo smegenys, jam gali suparalyžiuoti galūnę *toje pačioje* kūno pusėje, nors pagal nervų sistemos anatomiją paralyžius turi atsirasti priešingoje pusėje. Įsitikinimo galią iliustruoja toliau aprašomi atvejai.

Po miokardo infarkto buvo akivaizdžiai pažeistos paciento smegenys (Stein ir kt., 1969). Psichologiniai tyrimai parodė trumpalaikės atminties ir dėmesio sutrikimus. Klausinėdamas psichoterapijos metu gydytojas atskleidė, kad pacientas iškreiptai

supranta širdies priepuolio padarinius. Jis manė, kad tiesiai iš širdies, tos vietos, kurioje įvyko miokardo infarktas, „į smegenis eina arterija". Jo nuomone, ši arterija užsikimšo, ir tai sukėlė negrįžtamus smegenų pakenkimus. Kai gydytojas *nupiešė anatominę schemą* ir tokiu būdu pacientui parodė, kokia klaidinga jo išvada, organinio smegenų pažeidimo simptomai dingo.

Charcot daug isterijų gydė hipnoze. Toliau pateikiami jo aprašyti atvejai (1890) rodo, kad motoriniai ir sensoriniai simptomai buvo pacientų klaidingai suvoktos organinės patologijos išraiška.

Pacientą partrenkė vežimas ir nuvažiavo. Pacientas klaidingai manė, kad vežimas pervažiavo ir sutraiškė abi jo kojas. Dėl to jam prasidėjo isterinis abiejų kojų paralyžius.

Kitais atvejais isterinio simptomo pagrindas būdavo klaidinga paciento tikro sužeidimo padarinių „diagnozė".

Kareivis buvo sužeistas kulka į koją, ir jam prasidėjo „kojinės" nejautra, nes jis manė, kad kulka nukirto kojos nervą. Kai gydytojas pademonstravo jam, kad nervas sveikas, nejautra išnyko.

Šie pavyzdžiai perša mintį, kad isterija *par excellence* iliustruoja iškreiptą pažinimą, kuris būdingas sergant psichiatrinėmis ligomis. Pacientas mano, kad serga kokia nors kūno liga, ir todėl išgyvena tariamos ligos pasireiškimą: negali pakelti kojos, nebejaučia dalies savo kūno, suprastėja jo rega arba klausa. Kai klaidingas įsitikinimas koreguojamas įtaiga, hipnoze, parodymu arba kognityvine terapija, simptomas dingsta.

Jau devynioliktame amžiuje ne vienas gydytojas manė, kad somatine liga pasireiškia klaidingas isterija sergančiųjų įsivaizdavimas. Anglų gydytojas Reynoldsas (1869) aprašė paralyžius, ištikusius dėl klaidingo įsitikinimo. Tačiau labiausiai šiuos atradimus išplėtojo ir išpopuliarino Charcot. Būdamas vienas didžiausių savo amžiaus neurologų, jis nuolat turėdavo skirti organines ligas simuliuojančius sindromus nuo tų, kurie kyla dėl nervų sistemos pažeidimų. Hipnoze gydydamas savo pacientus jis padarė išvadą, kad isterijos

simptomai atsiranda iš „patogeninių idėjų". Klaidinga prielaida pagrįsta neteisinga idėja aiškiai pranykdavo, kai isterinis simptomas būdavo pašalinamas hipnoze. Charcot pademonstruotas faktas, kad fiziniai sutrikimai gali būti psichologinių procesų padarinys, paakino Freudą taikyti psichologinę terapiją gydant neurozes.

Vienas reikšmingiausių Charcot darbo aspektų buvo parodymas, kad hipnoze tiriamiesiems galima įteigti paralyžių. Mintis „mano dešinė ranka yra paralyžiuota" sukeldavo tokį patį klinikinį sindromą kaip ir savaiminis isterinis paralyžius. Kai kurie mokslininkai šį klinikinių ir eksperimentinių fenomenų susiejimą laiko tokiu pat reikšmingu, kaip ir žmonių bei gyvūnų ligų atkūrimą Pasteuro ir Kocho laboratorijose. Havens (1966) teigia: „Psichiatriniu atveju etiologinis veiksnys yra ne choleros vibrionas ar tuberkuliozės lazdelė, o idėja, įtaiga..."(p. 510).

Kurį laiką Charcot darbą stebėjęs Freudas pritaikė hipnozę isterijai gydyti. Vėliau hipnozę jis pakeitė laisvųjų asociacijų metodu. Šis metodo pakeitimas rodė, kad nuo objektyvaus neurologinio tyrimo buvo pereita prie domėjimosi paciento mintimis, fantazijomis, emocijomis, norais ir sapnais, įprasto šių laikų psichodinaminės pakraipos psichoterapeutams. Freudas gerokai išplėtojo paprastą Charcot mintį, kad isterijos simptomai kyla iš klaidingų idėjų, ir sukūrė sudėtingą teoriją. Freudo tezė, kad nesąmoningi seksualiniai troškimai yra „paverčiami" isterijos simptomais, pakeitė Charcot teoriją ir šiandien vyrauja plačiai pripažintoje isterijos sampratoje. 1952 metais oficialioje Amerikos psichiatrų asociacijos terminijoje „konversijos reakcijos" terminą (kilusį iš Freudo konversijos koncepcijos) pakeitė isterijos sąvoka. Amerikos psichiatrijos vadovėliuose iš esmės pripažįstama Freudo isterijos samprata.

Nors Charcot *patogeninės idėjos* kaip vyraujančio isterijos veiksnio sąvoka akivaizdžiai paseno, jo formuluotė visai atitinka klinikinius duomenis, gautus sistemingai apklausiant isterija sergančius

pacientus. Ištyrus paciento patirtį ir ypatingą paciento jai teikiamą prasmę, isterinių simptomų atsiradimas paprastai tampa suprantamas. Atskleidus klaidingas paciento mintis paaiškėja simptomai. Esminis principas yra tas, kad isterija simuliuoja organinę ligą, bet ne dėl to, kad pacientas nori apsimesti sergantis, o dėl to, kad jis klaidingai įsitikinęs.

Daugelis isterijos simptomų turinčių pacientų tapatinasi su kokiu nors asmeniu, kuris serga ar yra sirgęs somatine ar psichogenine liga, primenančia isterijos simptomus. Šis simptomų formavimosi mechanizmas buvo atskleistas Salpetriere palatose (kur dirbo Charcot) stebint isterikų polinkį pamėgdžioti. Vienas Charcot studentų Janet vėliau pareiškė, kad daugelis Charcot pacienčių isterijos „išmoko" klinikoje. Stebėjusios tikros epilepsijos priepuolius ir net dalyvavusios juos įveikiant pacientės vėliau susirgo isterine epilepsija (Havens, 1966).

Tokio tipo identifikacija primena konvulsijų priepuolių „užkrečiamumą". Vadovaudamiesi moksliniu požiūriu šį reiškinį aiškiname psichologiniais veiksniais, o ne demonų apsėdimu ar raganų kerais, kaip kadaise.

Nemaža pacienčių, kurias ištikdavo isteriniai traukuliai, pasisakė, kad turėjo epileptinių traukulių varginamų giminaičių. Pacientai, turėję kitokių isterijos simptomų, prisiminė, kad jiems didelį įspūdį buvo padaręs matytas ar iš knygų žinomas panašų simptomą turėjęs žmogus. „Širdies neuroze" sirgusi pacientė, pavyzdžiui, daugelį metų buvo stebėjusi progresuojančią motinos širdies ydą. Jos motina galiausiai mirė nuo širdies negalavimo, būdama trisdešimt dvejų metų. Pacientė prisiminė ne kartą galvojusi, kad sulaukusi motinos amžiaus taip pat susirgs širdies liga. Būdama dvidešimt aštuonerių ji ėmė jausti skausmą krūtinėje, greitai nuvargdavo, jai trūkdavo oro – lygiai taip pat kaip ir jos motinai. Nors pakartotiniai medicininiai tyrimai neatskleidė jokių objektyvių širdies ligos požymių, simptomai reiškėsi dešimt metų, nuolat kėlė

jai didelį stresą ir smarkiai apribojo jos veiklą. Isterijos simptomai galiausiai dingo po kognityvinės ir elgesio terapijos.

Panašiai nustatyta, kad daug isterinio dusulio priepuolių ištinkamų pacientų palyginti jauname amžiuje buvo skaitę arba girdėję apie mirtinai maistu užspringusius žmones. Pacientai prisiminė galvoję: „Tai gali atsitikti ir man". Vėliau, ištiktas streso, pacientas pajusdavo, kad kažkas spaudžia jam gerklę, ypač valgant. Tada jis pagalvodavo: „Tai ženklas, kad negalėsiu normaliai nuryti maisto". Kuo labiau jis tikėjo šia mintimi, tuo sunkiau jam būdavo ryti. Vis sunkiau nurydamas jis vis labiau įsitikindavo, kad kažkas negerai su jo gerklės raumenimis ir kad jis visiškai uždus.

Dabar apibendrinkime isterinio simptomo vystymąsi. Dėl pažeidimo ar dėl susitapatinimo su kitų žmonių simptomais isterikas pradeda tikėti, kad serga fizine liga. Manydamas, kad serga, jis patiria fizinius pojūčius – somatinius vaizdinius. Ima veikti cikliškas mechanizmas. Asmuo savo fizinius pojūčius laiko ligos įrodymu. Jo įsitikinimas sutvirtėja, o fizinės apraiškos proporcingai intensyvėja.

Isterijos simptomų terapija remiasi ydingo rato nutraukimu. Terapeutas gali pademonstruoti pacientui, kad šis neprarado kontrolės – jis, pavyzdžiui, gali pajudinti paralyžiuotą galūnę. Toks parodymas, ar tai būtų įtaiga, ar įtikinimas, ar hipnozė, paprastai priverčia suabejoti klaidingu įsitikinimu. Be to, skatindamas pacientą *įsivaizduoti* save judinantį galūnę, terapeutas moko konstruktyviai naudotis vaizduote. Terapeutas taip pat gali pradėti klausinėti paciento apie klaidingus jo įsivaizdavimus ir jį pamokyti (kaip vyro, kurio simptomai simuliavo intelektualinės veiklos pablogėjimą po miokardo infarkto). Kai klaidinga „patogeninė idėja" susvyruoja, simptomas susilpnėja, tai vėlgi įrodo pacientui, kad jo įsitikinimas dėl patologijos yra klaidingas, ir jo simptomas nyksta toliau.

Taip gydant isteriją konstruktyviai pasinaudojama paciento

vaizduote, o palengvėjimas pasiekiamas „įsivaizduojant simptomo dingimą". Be to, simptomo stiprėjimo ciklo nutraukimas, kaip ir psichosomatinių ligų atveju, sudaro sąlygas nuolatiniam gerėjimui. Isterijos gydymo esmė – tai klaidingo įsitikinimo pakeitimas teisingu. Šiuo požiūriu gerėjimo mechanizmas yra iš esmės toks pat kaip ir gydant depresijas, nerimo būsenas ir fobijas: ištaisyk klaidingą įsitikinimą ir palengvinsi simptomą.

Kognityvinės terapijos principai 9

Jei norime pakeisti jausmus, pirmiausia būtina pakeisti juos sukėlusią mintį ir pripažinti, kad ji arba neteisinga, arba neatitinka mūsų interesų.

Paul Dubois

Matėme, kad įprasti psichologiniai sutrikimai susikoncentruoja ties tam tikrais mąstymo nukrypimais. Psichoterapijos užduotis – pasiūlyti pacientui efektyvų būdą savo aklumui, iškreiptam suvokimui ir saviapgaulei įveikti. Vilties suteikia žinojimas, kad į su neuroze nesusijusias situacijas asmuo reaguoja realistiškai ir tinkamai. Jo sprendimai ir elgesys tose patyrimo srityse, kurios neliečia jo silpnybių, dažnai yra labai veiksmingi. Be to, dažnai pastebime, kad iki prasidedant ligai neurotikų mąstymo įrankiai gyvenimo problemoms įveikti vystėsi visai normaliai.

Psichologiniams nukrypimams ištaisyti galima pasitelkti psichologinius įrankius (patyrimo įvardijimą, apibendrinimą ir interpretavimą). Kadangi ir pagrindinė psichologinė *problema*, ir psichologinis *vaistas* susiję su paciento mąstymu (arba pažinimu), šią pagalbos rūšį vadiname kognityvine terapija.

Plačiausia prasme kognityvinę terapiją sudaro visi metodai, kurie palengvina psichologinį stresą klaidingų sąvokų ir signalų sau koregavimo priemonėmis. Tačiau mąstymo pabrėžimas neturėtų sumenkinti emocinių reakcijų, kurios dažniausiai ir yra tiesioginis streso šaltinis, svarbos. Paprasčiausiai tai reiškia, kad asmens emocijas mes pasiekiame per jo kognicijas. Ištaisydami klaidingus

įsitikinimus, galime nuslopinti arba pakeisti perdėtas, netinkamas emocines reakcijas.

Daugeliu pagalbos metodų siekiama padėti pacientui tikroviškiau įvertinti save ir savo pasaulį. „Intelektualinį" metodą sudaro klaidingų įsivaizdavimų nustatymas, patikrinimas ir pakeitimas tinkamesnėmis sąvokomis. Dažnai, pacientui pripažinus, kad taisyklės, kuriomis jis iki šiol vadovavosi mąstydamas ir elgdamasis, tik padėdavo apsigauti ir žlugdyti save, iškyla poreikis keisti ir savo pažiūras.

„Patyriminis" metodas suteikia pacientui patyrimo, kuris pats savaime yra tiek paveikus, kad pakeičia klaidingus įsitikinimus. Bendravimas su žmonėmis tam tikrose organizuotose situacijose, pavyzdžiui, susitikimų grupėse ar įprastoje psichoterapijoje, padeda tikroviškiau suvokti kitus ir todėl pakeisti netinkamas neadaptyvias reakcijas jų atžvilgiu. Susitikimų grupėse įgyjama tarpasmeninė patirtis kartais sugriauna neadaptyvias nuostatas, blokuojančias labai asmeniškų jausmų išreiškimą. Panašiai pacientas, reaguodamas į savo psichoterapeuto šilumą ir nuostatą priimti, dažnai pakeičia savo stereotipišką autoritarinių figūrų sampratą. Toks pasikeitimas buvo pavadintas „koreguojančiu emociniu patyrimu"(Alexander, 1950). Kartais efektyvi psichoterapija pasiekiama motyvuojant pacientą įsitraukti į situacijas, kurių anksčiau jis vengė dėl klaidingų įsivaizdavimų.

„Elgesio" metodas skatina ugdytis tam tikras elgesio formas, kurios vėliau padeda pacientui pakeisti požiūrį į save ir realų pasaulį. Būdų sėkmingai bendrauti su gąsdinančiais žmonėmis, pavyzdžiui, „įsitvirtinimo įgūdžių treniruočių", praktikavimas pacientams padeda ne tik realistiškiau žvelgti į kitus žmones, bet ir labiau pasitikėti savimi.

Jei neurozė yra neadaptyvių paciento nuostatų padarinys, kodėl jis negali pakeisti šių savo nuostatų, remdamasis gyvenimo patyrimu, tėvų ir draugų pagalba? Kodėl jam reikia profesionalios

pagalbos? Aišku, daugeliu atvejų į bėdą patekęs žmogus sprendžia ją pats arba padedamas „seno išmintingo kaimyno". Daug žmonių visiškai savarankiškai improvizuoja – ir tai jiems sekasi – tokias technikas, kuriomis remiasi elgesio terapija. Tai pratinimasis po truputį prie gąsdinančių situacijų, savęs įsivaizdavimas jose („sisteminga desensibilizacija") arba savo elgesio keitimas pagal kitų pavyzdį („modeliavimas"). Kiti naudojasi draugų ar giminaičių patarimais ir pasiūlymais perteikiama „liaudies išmintimi" – savo kultūrinės grupės sukaupta patirtimi.

Žmonės, kurie kreipiasi profesionalios pagalbos ir visai netyčia gauna kliento ar paciento etiketę, yra iš tų, kuriems nepavyko įveikti sunkumų. Galbūt jie per daug ūmiai arba per smarkiai reaguoja į savo bėdas, kad galėtų prisitaikyti prie įprasto gyvenimo arba padėti sau. Pacientas gal yra per trapus, kad išmoktų įveikti sunkumus, arba jo sunkumai gal per daug įsišakniję. Kartais bėdų prispaustas žmogus tampa pacientu tiesiog todėl, kad paklausė „blogo patarimo" arba negavo jokios neprofesionalo pagalbos. Nors liaudies išmintis dažnai padeda ir psichoterapija ja dažnai remiasi, ji neretai pinasi su mitais, prietarais ir klaidingais įsivaizdavimais, kurie tik sustiprina netikroviškas orientacijas. Be to, dauguma žmonių nelinkę užsiimti „tobulinimusi", nebent tai paskatintų profesionali aplinka.

Bet kokiu atveju psichoterapija yra veiksmingiausias būdas įveikti sunkumus, nes terapeutui priskiriamas nemenkas autoritetas, jis sugeba tiksliai nurodyti problemas ir yra įgudęs sistemingai taikyti reikiamas procedūras.

KOGNITYVINĖS TERAPIJOS UŽDAVINIAI

Kognityvinės technikos labiausiai tinka žmonėms, kurie sugeba stebėti ir apmąstyti savo mintis ir fantazijas. Šis metodas iš esmės

plėtoja ir tobulina tai, ką žmonės įvairiu lygiu daro nuo pat intelektinio vystymosi pradžios. Tam tikri metodai, pavyzdžiui, objektų ir situacijų įvardijimas, hipotezių kėlimas, jų tikrinimas ir atmetimas, remiasi įgūdžiais, kuriais žmonės naudojasi automatiškai, nesuvokdami juos sudarančių procesų.

Šios rūšies intelektinės funkcijos analogiškos kalbos vystymuisi, kurio metu taikomų tarimo ir gramatinės sandaros taisyklių neįsisąmoniname. Suaugęs žmogus, bandydamas išmokti kitą kalbą arba stengdamasis ištaisyti kalbos trūkumus, turi susitelkti ties žodžių ir sakinių daryba. Lygiai taip pat, jei jam sunku interpretuoti tam tikrus tikrovės aspektus, jam gali būti naudinga įsigilinti į taisykles, kuriomis jis vadovaujasi, darydamas sprendimus. Tyrinėdamas problemišką sritį jis pastebi, kad taisyklė neteisinga ar kad jis ją taiko klaidingai.

Kadangi klaidingi sprendimai jau gali būti tapę giliai įsišaknijusiu, nors ir neįsisąmonintu įpročiu, norint juos ištaisyti, reikia žengti keletą žingsnių. Pirmiausia žmogus turi įsisąmoninti, ką jis galvoja. Antra, jis turi atpažinti, kurios mintys yra neteisingos. Paskui netikslias nuomones reikia pakeisti tikslesnėmis. Galiausiai jam reikalingas grįžtamasis ryšys, kad įsitikintų, jog pakeitimai yra teisingi. Tokia pati veiksmų seka būtina ir keičiant elgesį, pavyzdžiui, gerinant sportinę formą, taisant grojimo klaidas arba tobulinant įtikinėjimo įgūdžius.

Kad pailiustruotume kognityvinio pasikeitimo procesą, kaip apibendrinantį pavyzdį paimkime atvejį asmens, bijančio visų nepažįstamųjų. Tyrinėdami jo reakcijas, galbūt nustatysime, kad jis vadovaujasi taisykle: „Visi žmonės nedraugiški arba priešiški". Šiuo atveju taisyklė yra neteisinga. Kita vertus, jis galbūt suvokia, kad nepažįstamųjų būna įvairių, tačiau nemoka atskirti draugiškų nepažįstamųjų nuo neutralių ar nedraugiškų. Tokiu atveju problema kyla, kai jis bando taikyti taisyklę, t. y. tam tikros situacijos teikiamą informaciją paverčia atitinkamu sprendimu.

Akivaizdu, kad ne visi klaidingai galvojantys žmonės nori ar mano esant reikalinga ištaisyti savo mąstymą. Kai klaidingos mintys žlugdo asmens gyvenimą arba padaro jį nelaimingą, tada jis tampa kandidatu kokiai nors psichoterapijai.

Bėdos ar problemos, verčiančios žmogų ieškoti pagalbos, gali reikštis subjektyviu nelaimingumu (nerimu arba depresija), elgesio sunkumais (varginantis varžymasis ar perdėtas agresyvumas) arba reakcijų stoka (nesugebėjimas patirti arba išreikšti šiltų jausmų). Už šių sunkumų slypinčius mąstymo būdus galima apibendrinti taip.

Tiesioginis, aiškus tikrovės iškreipimas

Visiems žinomi iškraipymai yra paranojiško paciento mintys. Toks asmuo apie visus žmones (net apie tuos, kurie jam aiškiai draugiški) mano: „Šie žmonės nori man pakenkti". Arba, kaip man kartą pasakė vienas pacientas, „Aš nužudžiau prezidentą Kennedy".

Neurozių atvejais tikrovės iškraipymai ne tokie akivaizdūs. Depresija sergantis žmogus, pavyzdžiui, gali sakyti: „Nebesugebu spausdinti, skaityti ir vairuoti". Tačiau užsiėmęs šiais darbais jis visai sėkmingai juos atlieka. Depresijos apimtas verslininkas skundžiasi, kad atsidūrė prie bankroto slenksčio, tačiau jo ataskaitos rodo, kad jis visiškai mokus, tiesą sakant, netgi klesti. „Tikrovės iškraipymų" diagnozė yra pagrįsta, nes objektyvus situacijos vertinimas prieštarauja jo vertinimui.

Kiti iškraipymai, kuriuos gana lengva įžvelgti, yra tokie: „Aš storėju", „Esu našta savo šeimai". Kad patikrintume kai kuriuos iškraipymus,, pavyzdžiui, „Visi manęs nemėgsta", tenka įdėti daugiau darbo. Terapiniai susitikimai yra puiki iškraipymų išaiškinimo laboratorija, ypač jei pacientas yra išmokytas išsakyti savo automatines mintis. Terapeutas iš karto gali nustatyti tam tikrus iškraipymus, pavyzdžiui, kai pacientas, kuriam jis jaučia šiltus jausmus, sakosi manantis, kad terapeutui jis nepatinkąs.

Nelogiškas mąstymas

Pacientas gali tiksliai vertinti tikrovę, tačiau ydinga gali būti jo prielaidų ir išvadų darymo sistema: tolumoje išgirdęs triukšmą, jis daro išvadą, kad kažkas į jį šovė. Tokiais atvejais gali būti klaidingos pagrindinės prielaidos arba loginiai procesai. Depresija sergantis ligonis pastebėjo, kad vonioje varva čiaupas, katilo lempa nedega, o viena laiptų pakopa sulūžusi. Jis padarė išvadą: „Namas griūva". Namas buvo puikios būklės (išskyrus šiuos nedidelius trūkumus); apibendrindamas jis labai smarkiai perdėjo. Taip pat ir pacientai, kuriems kyla sunkumų dėl elgesio, dažnai taip pasielgia dėl neteisingų prielaidų. Žmogus, kuris nuolat atstumia galimus draugus savo perdėtu agresyvumu, tikriausiai veikia pagal taisyklę: „Jei aš nestumdysiu kitų, jie mane stumdys". Drovus, tylus žmogus galbūt visiems be išimties taiko principą: „Jei praversiu burną, visi ant manęs šoks".

TERAPINIS BENDRADARBIAVIMAS

Kai kurie veiksniai svarbūs beveik visoms psichoterapijos formoms, tačiau kognityvinei psichoterapijai jie lemiami. Akivaizdus pagrindinis efektyvios psichoterapijos komponentas yra nuoširdus terapeuto ir paciento bendradarbiavimas. Aklas klajojimas neaiškia kryptimi, kaip kartais atsitinka, frustruoja terapeutą ir varo į neviltį pacientą. Svarbu suvokti, kad paslaugos teikėjas (terapeutas) ir gavėjas (pacientas) gali visiškai skirtingai įsivaizduoti psichoterapinius santykius. Pacientas, pavyzdžiui, gali vaizduotis, kad psichoterapijos metu psichoterapeutas kaip visagalis ir visažinis Dievas lipdo iš molio luito. Kad sumažintų tokią riziką, pacientas ir terapeutas turi sutarti, dėl kokių sunkumų reikalinga pagalba, koks terapijos tikslas ir kaip jie ketina jį pasiekti. Numatant rezultatą, svarbu susitarti dėl

terapijos pobūdžio ir trukmės. Vienas tyrimas parodė, kad neatitikimas tarp paciento lūkesčių ir iš tikro gaunamos psichoterapinės pagalbos trukdo pasiekti sėkmingą rezultatą. Kita vertus, išankstinis paciento informavimas apie būsimos psichoterapijos pobūdį padidindavo jos efektyvumą (Orne ir Wender, 1968).

Be to, terapeutas turi būti pasirengęs sutikti su paciento norimų aptarti problemų kaitaliojimusi iš vieno terapinio susitikimo į kitą. Pacientai dažnai nustato temų, kurias nori aptarti per susitikimą, ratą; jei terapeutas į tai neatsižvelgia, jis gali sukurti nereikalingą įtampą santykiuose. Pavyzdžiui, pacientą, kuris susijaudinęs dėl kivirčo su žmona, gali atstumti terapeuto rigidiškas anksčiau nustatytos tvarkos, tarkime, metro baimės desensibilizacijos, laikymasis.

Svarbu suprasti, kad paciento ir terapeuto pastangos yra bendros. Mėginti pertvarkyti paciento asmenybę nėra terapeuto pareiga; jo vaidmuo veikiau yra kartu su pacientu bandyti įveikti „*tai*", t. y. problemą. Dėmesio nukreipimas į problemos išsprendimą, o ne galimas savo ydas ar blogus įpročius, padeda pacientui objektyviau tyrinėti savo sunkumus ir mažiau galvoti apie gėdą, menkavertiškumą ir gynybą. Bendradarbiavimo nuostata padeda terapeutui gauti iš paciento vertingų „atgalinių duomenų" apie terapinių metodų efektyvumą ir detalią informaciją apie paciento mintis ir jausmus. Pavyzdžiui, taikydamas sisteminę desensibilizaciją, aš paprastai prašau detaliai apibūdinti kiekvieną vaizdinį. Paciento žodžiai dažnai būna labai informatyvūs ir daugeliu atvejų atskleidžia naujų problemų, kurios anksčiau nebuvo išryškėjusios. Susitarimas dėl bendradarbiavimo taip pat sumažina paciento polinkį priskirti terapeutui antžmogio vaidmenį. Tyrėjai (Rogers, 1951; Truax, 1963) nustatė, kad terapinis efektas būna didesnis, jei terapeutas pasižymi tokiomis savybėmis: tikru nuoširdumu, palankumu ir gebėjimu įsijausti į kitą. Bendradarbiaudamas su pacientu terapeutas dažniau parodo šias savybes nei prisiėmęs Viešpaties vaidmenį.

PASITIKĖJIMO ĮTVIRTINIMAS

Jei pasiūlymus teikia ir formuluoja pats terapeutas, dažnai atsiranda keblumų. Pacientai, kurie į terapeutą žvelgia kaip į antžmogį, linkę priimti jo interpretacijas ir patarimus kaip šventus žodžius. Toks mandagus terapeuto hipotezių prarijimas trukdo terapijoje pasinaudoti koreguojančiais kritiškais paciento vertinimais.

Kitokio tipo problemas kelia pacientai, kurie į terapeuto teiginius automatiškai žvelgia įtariai ir skeptiškai. Tokia reakcija ryškiausia, sergant paranoja ar sunkia depresija. Bandydamas atskleisti tikrovės iškraipymus, terapeutas dažnai įklimpsta giliai įsišaknijusių paciento įsitikinimų sistemoje. Todėl terapeutas turėtų pirmiausia rasti bendrą atramos tašką, sutarimą, o tada mėginti išplėsti sutarimo ribas. Depresija sergantieji dažnai nuogąstauja, kad emocinis sutrikimas išliks arba dar pasunkės, kad terapija jiems nepadės. Jei terapeutas entuziastingas ir optimistiškas, pacientas gali nutarti, kad jis arba apsimetinėja, nesupranta tikrojo problemos rimtumo, arba paprasčiausiai yra kvailys. Panašiai ir paranojiško paciento įtikinėjimas atsisakyti iškreiptų tikrovės vertinimų gali tik sustiprinti paranojiškas jo idėjas. Be to, jei paranojiškas pacientas ima laikyti terapeutą „opozicijos" nariu, jis gali jam priskirti esminį vaidmenį savo kliedesių sistemoje.

Tinkamiau įtvirtinti pasitikėjimą padeda tokie žodžiai: „Jūs turite minčių, kurios jums kelia nerimą. Jos gali būti pagrįstos ir nepagrįstos. Panagrinėkime kai kurias iš jų". Laikydamasis neutralios pozicijos terapeutas padrąsina pacientą išreikšti savo iškreiptas idėjas ir atidžiai jas išklauso. Vėliau jis siunčia „bandomuosius zondus", kad nustatytų, ar pacientas pasirengęs tyrinėti duomenis, susijusius su šiais iškraipymais.

Viena iš priežasčių, dėl kurių paranojikų persekiojimo idėjos ir nepajudinamas depresija sergančiųjų savęs menkinimas tradiciškai laikomi neįveikiamais psichoterapijai, yra tai, kad terapeutas per

anksti stengiasi ištaisyti paciento mąstymą. Net pastovus kliedesys gali būti koreguojamas, jei terapeutas yra kantrus ir jautrus (Beck, 1952; Davison, 1966; Salzman, 1960; Schwartz, 1963).

Socialinės psichologijos tyrimai rodo, kad dogmatiškumas tik gilina bedugnę tarp žmonių, kurių nuomonės skirtingos, o prieštaraujančius jų požiūrius daro dar labiau kraštutinius ir nelanksčius. Panašus fenomenas reiškiasi ir psichoterapijoje. Dėl paciento nenoro atvirai išsakyti nesutikimą dogmatiškas terapeutas apsigauna manydamas, kad pavyko pasiekti sutarimą. Net ir atidus terapeutas turi būti labai budrus paciento nepritarimo ženklams. Būdą nustatyti, ar pacientas iš tikrųjų sutinka su terapeuto teiginiais, iliustruoja toks pokalbis:

Terapeutas: Ką jūs manote dabar, kai išklausėte, kaip aš formuluoju problemą?

Pacientas: Man atrodo, viskas tvarkoje.

Terapeutas: Gal man kalbant jums kilo mintis, kad su kai kuo nesutinkate?

Pacientas: Nežinau.

Terapeutas: Jūs tikriausiai pasakytumėte man, jei abejotumėte dėl kai kurių mano žodžių? Matote, kai kurie pacientai nenori nesutikti su savo gydytoju.

Pacientas: Na gerai, jūsų pasakymas man atrodo logiškas, tačiau nesu tikras, ar juo tikiu.

Tokie pasakymai paprastai reiškia, kad pacientas bent iš dalies nesutinka su terapeutu. Terapeutas turėtų ir toliau tikslinti paciento abejones ir drąsinti jį paneigti terapeuto formuluotes.

Daugelis pacientų tariamai sutinka su terapeutu iš baimės varžytis su juo ir poreikio patikti. Tokį paviršutinišką pritarimą reiškia šitokie paciento žodžiai: „Sutinku su jumis protu, bet ne jausmais". Šis pasakymas iš esmės reiškia, kad terapeuto komentarai

ir interpretacijos pacientui gal ir atrodo logiški, tačiau jie neįsiskverbia į pagrindinę jo įsitikinimų sistemą (Ellis, 1962). Pacientas ir toliau veikia, vadovaudamasis klaidingomis savo idėjomis. Be to, labai autoritariškos pastabos, nors ir patenkina paciento troškimą paaiškinti jo nelaimę, gali nuvilti, jei pacientas aptinka „spragų" terapeuto formuluotėse. Terapeuto pasitikėjimas savimi kaip žinovu turi būti smarkiai atmieštas nuolankumu. Psichoterapija dažnai eina bandymų ir klaidų keliu, eksperimentuodama įvairiais metodais ar formuluotėmis, kad nustatytų, kuris tinka geriausiai.

Akivaizdu, kad polinkis į kliedesius išmėgina paciento pasitikėjimą terapeutu. Iš esmės išmintingiausia yra vengti tiesiogiai pulti kliedesį. Net ir nekliudydamas jo, terapeutas gali padėti pacientui jį įveikti. Pavyzdžiui, sunkia somatine liga sergančiam pagyvensiam ligoniui ėmė rodytis, kad jo pusamžė žmona užmezgė romaną su jaunu jo gydytoju. Todėl pacientas pradėjo priekaištauti žmonai ir kaltinti ją neištikimybe. Jo kaltinimai taip erzino žmoną, kad ji ėmė rimtai svarstyti, ar neverta jį palikti. Paciento psichiatras jam pasakė: „Neturiu duomenų apie jūsų kaltinimų žmonai pagrįstumą, bet pasvarstykite, kas bus, jei jūs ir toliau ją kaltinsite ir priekaištausite?" Iš pradžių pacientas atsakė, kad tai jam nerūpi. Tada psichiatras paklausė: „Jei ji jus paliks, kas jumis rūpinsis?" Šis klausimas privertė pacientą apsvarstyti galimas savo veiksmų pasekmes. Jis nustojo kaltinti, ir santykiai su žmona pagerėjo. Ir iš tikrųjų jis ėmė jausti jai daugiau draugiškumo. Taip pat tikėtina – nors ir nėra tiesioginių šį spėjimą patvirtinančių duomenų, – kad, nustojus kaltinti, neištikimybės kliedesys susilpnėjo.

Ne tokiais ekstremaliais atvejais su iracionaliomis idėjomis galima kovoti ir labiau tiesiogiai. Tačiau, prieš paliesdamas iškreiptas paciento mintis, terapeutas turėtų įvertinti paciento „priėmimo amplitudę". Pasakymas, kad jo mintys klaidingos, gali priešiškai nuteikti pacientą; tačiau jis gali palankiai sureaguoti į klausimą „Ar galima kitaip paaiškinti jūsų žmonos elgesį?" Kol terapeuto

bandymai aiškintis neperžengia priimtinų ribų, galima problema dėl pasitikėjimo sumažinama iki minimumo.

PROBLEMŲ SKAIČIAUS SUMAŽINIMAS

Neretas pacientas kreipiasi į psichoterapeutą dėl daugelio problemų ar simptomų. Spręsti problemas atskirai, iš eilės po vieną gali prireikti viso gyvenimo. Galbūt pacientas kreipiasi pagalbos dėl įvairių negalavimų, pavyzdžiui, galvos skausmų, nemigos, nerimo, ir tarpasmeninių sunkumų. Problemų, kylančių dėl tų pačių priežasčių, nustatymas ir grupavimas vadinamas „problemų skaičiaus sumažinimu". Jei įvairūs sunkumai apibendrinami, terapeutas gali parinkti tinkamus metodus kiekvienai sunkumų grupei.

Paimkime pavyzdį paciento, turinčio daugelį fobijų. 7 skyriuje aprašytą moterį labai vargino liftų, tunelių, kalvų, uždarų erdvių, važiavimo atviru automobiliu, skrydžių lėktuvu, plaukimo, greito vaikščiojimo ir bėgimo, stipraus vėjo ir karšto, tvankaus oro baimės. Gydyti kiekvieną baimę atskirai sisteminės desensibilizacijos metodu tikriausiai būtų prireikę nesuskaičiuojamos daugybės terapinių susitikimų. Tačiau pavyko nustatyti bendrą visų jos simptomų vardiklį: visiems jiems bendrą baimę uždusti. Terapija buvo nukreipta tiesiai į šią pagrindinę baimę.

Problemų skaičiaus sumažinimo principą galima pritaikyti grupei simptomų, sudarančių tam tikrą ligą, tarkime, depresiją. Sutelkiant dėmesį į tam tikrus esminius ligos komponentus, pavyzdžiui, prastą savęs vertinimą arba neigiamus lūkesčius, terapija gali padėti pagerinti nuotaiką, elgesį, apetitą arba miegą. Pavyzdžiui, vienas pacientas nurodė, kad, patekus į malonią situaciją, jam iškart dingtelėdavo džiaugsmą temdanti mintis: klausydamasis malonios muzikos, jis pagalvodavo: „Šis įrašas netrukus baigsis", ir malonumas dingdavo; suvokęs, kad džiaugiasi

filmu, pasimatymu su mergina ar pasivaikščiojimu, jis pagalvodavo: „Tai tuoj baigsis", ir jo pasitenkinimo tą pat akimirką nelikdavo. Šiuo atveju terapija buvo nukreipta į pacientui būdingas mintis, kad jis negali džiaugtis, nes malonumai baigsis.

Dar kitu atveju dėmesys buvo sutelktas į perdėtą pacientės įsigilinimą į neigiamus savo gyvenimo aspektus ir selektyvų teigiamų dalykų nepaisymą. Terapiją sudarė prašymas užrašyti ir papasakoti apie teigiamą patyrimą. Ji nustebo, atradusi, kiek daug teigiamų, pasitenkinimą teikiančių dalykų ji yra patyrusi ir apie juos pamiršusi.

Kitas problemų skaičiaus sumažinimo būdas – tai pirmosios simptomų grandies nustatymas. Įdomu tai, kad pirmoji grandis dažnai būna gana menka, lengvai pašalinama problema, tačiau ji gali sukelti luošinančias pasekmes. Lygiai taip pat pacientas gali raitytis iš skausmo, neįstengti nei vaikščioti, nei valgyti, nei ilgai kalbėti, nei užsiimti net menkiausia konstruktyvia veikla – ir visa tai dėl krislo akyje. „Krislo akyje" sindromas psichiatriniais atvejais tikriausiai yra dažnesnis, nei paprastai manoma. Jei delsiama nustatyti ir įveikti pirminę problemą, dėl jos atsiradę sunkumai giliai įsišaknija. Motina, bijojusi palikti vaikus su aukle, ir jiems suaugus liko per daug prisirišusi prie namų.

Uoliai tyrinėjant paciento simptomus ir ligos istoriją, dažnai galima atsekti priežastinius ryšius. Paprastai daugiausiai sutaupome, susitelkdami į pirminius veiksnius, t. y. tuos, kurie nulemia kitus simptomus. Pavyzdžiui, ilgai depresija sirgęs studentas magistrantas gydėsi pas psichoterapeutą, kuris tuščiai stengėsi pagerinti jo nuomonę apie save ir neutralizuoti kritiką savo paties atžvilgiu. Be to, jis buvo gydomas bemaž visais rinkoje esančiais antidepresantais. Tačiau pacientas jautėsi liūdnas ir vienišas, jį kamavo mintys apie savo menkumą, jis prastai miegojo, neturėjo apetito ir nuolat jautė nuovargį.

Detaliai ištyrus paciento praeitį ir dabartį, išryškėjo toks paveikslas. Šis jaunuolis ilgą laiką skundėsi daugeliu fobijų: baime išeiti iš

namų vienam, atvirų erdvių ir socialinio atstūmimo baime. Šias baimes mokymosi metais kompensavo tas faktas, kad jis gyveno namie ir visada rasdavo su kuo nueiti į mokyklą. Be to, draugai, įtraukdami jį į naujas socialines situacijas, padėdavo jam įveikti atstūmimo baimę. Dėl šios kompensacijų ir apsaugos sistemos jis sugebėjo baigti koledžą ir turėjo pakankamai draugų. Pergudraudamas savo baimes, jis netapo fobijų auka.

Jo depresija išryškėjo, jam persikėlus studijuoti į tolimą miestą. Likęs vienas, jis ėmė jausti didelį nerimą. Išeidamas į paskaitas, jis baiminosi fizinės nelaimės ir nuogąstavo, kad šalia nebus žmogaus, kuris galėtų jam padėti. Savo bute jis jautėsi saugiau. Namie jis visada laikėsi arčiau telefono, kad bet kuriuo metu galėtų paskambinti keletui gydytojų, su kuriais buvo užmezgęs ryšį. Nors jis ir prisiversdavo nueiti į paskaitas, pakeliui jį vargindavo stiprus nerimas ir jis vos galėdavo sulaukti, kada grįš į savo kambarį paskaitoms pasibaigus. Jis su niekuo nesusidraugavo, nes kaskart, bandydamas užmegzti pažintį su kitu studentu, jausdavo nerimą. Dėl to jis kaip įmanydamas labiau vengė nerimą keliančių situacijų. Dėl visiškos bendravimo stokos susikaupė vienatvės, pesimizmo, apatijos jausmai ir atsirado fiziologinių depresijos požymių.

Atradę šį priežastinį ryšį, labiausiai susitelkėme ne į depresiją *per se*, o į fobijas. Fobijoms įveikti naudojome sisteminę desensibilizaciją, kurios metu pacientas įsivaizduodavo fizinės nelaimės scenas ir kai kurias socialinio atstūmimo situacijas. Nuolat drąsinamas pasipriešinti polinkiui vengti jis vis dažiau įsitraukdavo į jį gąsdinusias situacijas. Galiausiai jis įstengė nejausdamas nerimo išeiti iš namų ir užmegzti pokalbį su nepažįstamu žmogumi. Depresijos simptomai vis dar smarkiai reiškėsi, nors tam tikra prasme sėkmės jausmas juos palengvino. Įveikęs fobiškas reakcijas, jis pamažu sugebėjo užmegzti naujus santykius ir sulaukti pasitenkinimo, kurio jam taip trūko. Didėjant socialinės veiklos teikiamam pasitenkinimui jo depresija išnyko.

MOKYMASIS MOKYTIS

Kaip nurodyta ankstesniame skyrelyje, psichoterapeutui nebūtina padėti pacientui išspręsti visas jį kamuojančias problemas. Lygiai taip pat nebūtina numatyti visus sunkumus, kurie gali atsirasti terapijai pasibaigus, ir iš anksto stengtis jų išvengti. Anksčiau aprašytas terapinis bendradarbiavimas skatina pacientą ieškoti naujų būdų mokytis iš patirties ir spręsti problemas. Tam tikra prasme pacientas „mokosi mokytis". Šis procesas buvo pavadintas antriniu mokymusi (Bateson, 1942).

Požiūris į psichoterapiją kaip į problemų sprendimo procesą sumažina terapeuto atsakomybę ir kviečia pacientą aktyviau stengtis įveikti savo sunkumus. Sumažindamas paciento priklausomybę nuo terapeuto, šis metodas padidina paciento savigarbą ir pasitikėjimą savimi. Galbūt dar svarbesnis yra tas faktas, kad aktyvus paciento dalyvavimas apibrėžiant problemą ir svarstant įvairias galimybes suteikia gausesnės informacijos, nei būtų galima gauti kitu būdu. Jo dalyvavimas darant sprendimus padeda juos įgyvendinti.

Problemų sprendimo sampratą pacientams aiškinau maždaug taip: „Vienas iš terapijos tikslų yra išmokyti jus į sunkumus žvelgti kitaip. Tada, susidūrę su jais, jūs galėsite pritaikyti formules, kurių būsite išmokę. Pavyzdžiui, mokydamiesi aritmetikos paprasčiausiai išmokstate pagrindines taisykles. Nebūtina išmokti kiekvieną galimą sudėties ir atimties veiksmą. Kartą išmokę veiksmų, galėsite pritaikyti juos kiekvienai aritmetinei užduočiai".

Kad pailiustruotume „mokymąsi mokytis", apsvarstykime praktines ir tarpasmenines problemas, kurios prisideda prie įvairių simptomų atsiradimo. Pavyzdžiui, moteris pastebėjo, kad ją nuolat vargina galvos skausmai, įtampa, skausmas pilve ir nemiga. Sutelkusi dėmesį į sunkumus namie ir darbe, ji sugebėjo rasti sprendimą ir nebejautė tokių ryškių simptomų. Kaip ir buvo

tikėtasi, ji plačiau pritaikė šias praktines problemų sprendimo pamokas, ir mums nebebuvo būtina nagrinėti visus jos sunkumus terapijos metu.

Simptomus, greta kitų aplinkybių, buvo nulėmę tokie sunkumai. Darbe ji jausdavo nuolatinę įtampą dėl per didelio viršininko kritiškumo. Nors pacientei darbas sekėsi, ji nuolat baiminosi padaryti klaidą, kuri sukeltų viršininko įtūžį. Pati pacientė negalėjo rasti išeities iš padėties. Mes suvaidinome keletą būdų, kad ji galėtų jais pasinaudoti tiesiogiai aptardama problemą su savo viršininku. Kai jautėsi pasirengusi, ji jam tarė: „Kai jūs šalia, aš nuolat jaučiu įtampą, nes bijau, kad jūs mane pulsite. Kai mane užsipuolate, aš dirbu tik blogiau. Vyliausi, kad galiu jums tai pasakyti". Viršininkas nustebo tai girdėdamas ir vėliau nebebuvo toks kritiškas pacientei.

Iš šio patyrimo pacientė taip pat sužinojo, kad ji gali apsiginti prieš kitus žmones, ir kitose analogiškose situacijose labiau pasitikėjo savimi ir geriau sugebėjo įveikti kritikos baimę. Be to, augantis savosios vertės jausmas padėjo jai mažiau reaguoti į kritiką.

„Mokymąsi mokytis" sudaro daug daugiau nei keleto naujų būdų elgtis įvairiose situacijose išmokimas. Iš esmės šiuo metodu siekiama pašalinti kliūtis, kurios trukdo pacientui mokytis iš patyrimo ir rasti naujų tinkamų būdų vidiniams ir išoriniams sunkumams įveikti. Daugelio pacientų psichosocialinis vystymasis sustoja dėl tam tikrų neadaptyvių nuostatų ir elgesio būdų. Pavyzdžiui, moteris, kuri ir darbe, ir namie turėjo daug sunkumų, į subtilius tarpasmeninių santykių nesklandumus arba naujas praktines problemas reaguodavo vienodai: „Nežinau, ką daryti". Po terapijos kiekviena sėkminga patirtis vis labiau tirpdė šią neigiamą nuostatą. Galiausiai, sutikdama ir įveikdama visiškai skirtingus sunkumus, ji sugebėdavo kliautis savo išradingumu.

Paprastai pacientai stengiasi išvengti situacijų, kurios kelia nepatogumų. Dėl to jie neina bandymų ir klaidų keliu, kuris neišvengiamas sprendžiant daugelį problemų. Likdami sudėtingų

situacijų nuošalyje, jie neišmoksta atsikratyti polinkio iškreipti arba perdėti. Pacientas, kuris sėdi namuose dėl to, kad bijo nepažįstamųjų, neišmoksta patikrinti savo baimių pagrįstumo ir atskirti „nepavojingus" nepažįstamuosius nuo „pavojingų". Psichoterapijos metu jis gali išmokti „patikrinti tikrovėje" net tik šias, bet ir kitas baimes.

Savo galių suvokimas išsprendus vieną problemą dažnai įkvepia pacientą imtis spręsti ir kitas problemas, kurių jis ilgai vengė. Taigi sėkmingos terapijos nauda neapsiriboja išsivadavimu iš pirminių sunkumų, ji padeda iš esmės pasikeisti psichologiškai ir pasirengti sutikti naujus išmėginimus.

Kognityvinės terapijos metodai 10

Laisvės psichologine, o ne politine prasme problema didžiąja dalimi yra metodo klausimas. Nepakanka norėti tapti meistru, net nepakanka sunkiai dirbti, kad pasiektum meistriškumą. Būtinos reikiamos žinios, kokiu būdu tai pasiekti geriausia.

Aldous Huxley

EKSPERIMENTINIS METODAS

Kad galėtume padėti pacientui nustatyti ir ištaisyti iškraipymus, reikia taikyti tam tikrus epistemologijos principus: žinių kriterijaus, jų prigimties ir ribotumo. Terapeutas tiesiogiai arba netiesiogiai perteikia tam tikrus principus pacientui. Pirma, tikrovės suvokimas yra ne tas pat, kas tikrovė; geriausiu atveju tai tik apytikriai panašu į tikrovę. Paciento tikrovės modelį apriboja juslinių funkcijų – regos, klausos, uoslės ir t. t. – galimybės. Antra, sensorinių duomenų interpretavimas priklauso nuo lengvai sutrinkančių pažinimo procesų – stimulų integravimo ir diferencijavimo. Fiziologiniai ir psichologiniai procesai gali iš esmės pakeisti tikrovės supratimą.

Gerai žinoma, kad iškraipymai atsiranda, kai asmuo nuvargęs, jo sąmonė susiaurėjusi, jis labai susijaudinęs arba kai jį veikia vaistai. Taip pat matėme, kad tikrovės vertinimui gali pakenkti nerealistiški mąstymo būdai. Pavyzdžiui, sergant nerimo neuroze, net nežalingi stimulai sujungiami į visumą taip, kad reiškia pavojų. Būtina sąlyga taikant psichologinius metodus tokiai neurozei gydyti yra paciento

gebėjimas atskirti išorinę tikrovę (nežalingus stimulus) nuo psichologinių reiškinių (pavojaus įvertinimo). Intoksikuoti arba ūmios psichozės ištikti (kliedintys) ligoniai paprastai negali nei to suvokti, nei atskirti.

Be to, pacientai turi sugebėti hipotezes patikrinti ir tik tada priimti jas kaip tinkamas. Galiausiai žinių patikimumas priklauso nuo pakankamo informacijos kiekio. Tada galima pasirinkti iš alternatyvių hipotezių. Namų šeimininkė girdi, kaip trinkteli durys. Jai kyla keletas hipotezių: „Tikriausiai Salė grįžo iš mokyklos"; „Gal tai vagis"; „Galbūt vėjas užtrenkė duris". Hipotezės pasirinkimas priklausys nuo to, ar atsižvelgiama į visas svarbias aplinkybes. Tačiau loginiam hipotezių tikrinimo procesui gali sukliudyti psichologinis namų šeimininkės nusiteikimas. Jei jos mąstyme vyrauja pavojaus sąvoka, ji gali skubiai nuspręsti: „Tai vagis". Ji daro šališką išvadą. Nors tokia išvada nebūtinai klaidinga, ji grindžiama pirmiausia vidiniais pažinimo procesais, o ne tikra informacija. Jei ji bėga slėptis, tai praranda arba vėlesniam laikui nukelia galimybę paneigti (arba patvirtinti) hipotezę.

NEADAPTYVIŲ MINČIŲ ATPAŽINIMAS

Kaip nurodyta ankstesniuose skyriuose, emocines reakcijas, motyvaciją ir elgesį valdo mąstymas. Asmuo gali nevisiškai įsisąmoninti automatines mintis, kurios didžiąja dalimi lemia jo veiksmus, jausmus ir pasitenkinimą patyrimu. Tačiau pasipraktikavęs jis gali geriau įsisąmoninti šias mintis ir nuolat tiksliai jas nurodyti. Įmanoma suvokti mintį, susitelkti į ją ir ją įvertinti, lygiai taip pat kaip galima nustatyti ir apmąstyti pojūtį (pavyzdžiui, skausmo) arba išorinį stimulą (tokį kaip žodinį pareiškimą).

Terminas „neadaptyvios mintys" taikomas mąstymui, kuris kliudo susidoroti su gyvenimo patyrimu, be reikalo sutrikdo vidinę

harmoniją ir sukelia netinkamas arba perdėtas emocines reakcijas, kurios žmogų vargina. Kognityvinės terapijos metu pacientas susitelkia į tas mintis ar vaizdinius, kurie sukelia nereikalingą diskomfortą ar kančią arba verčia pacientą kokiais nors poelgiais žlugdyti save. Taikant terminą „neadaptyvios", svarbu, kad terapeutas saugotųsi primesti pacientui savo vertybių sistemą. Terminas taikytinas, jei ir terapeutas, ir pacientas sutaria, kad šios automatinės mintys kenkia paciento gerovei arba trukdo pasiekti svarbius tikslus.

Iškart ateina į galvą galimos šio apibrėžimo išimtys. Ar trikdančią mintį reikia laikyti neadaptyvia, jei ji atitinka tikrovę? Būtų sunku „neadaptyviu" pavadinti tikslų pavojaus įvertinimą (ir su juo susijusį nerimą) arba realios netekties pripažinimą ir dėl jo kilusį sielvartą. Vis dėlto tam tikromis aplinkybėmis net toks į tikrovę orientuotas mąstymas gali būti laikomas neadaptyviu, nes jis trukdo funkcionuoti. Pavyzdžiui, vaizdiniai ir mintys apie kritimą ne tik verčia darbininkus aukštybininkus, tiltų statytojus ar alpinistus jaustis labai nesmagiai, bet ir smarkiai padidina riziką. Tokios mintys ne vien kliudo susitelkti į užduotį. Dėl su jomis susijusio nerimo gali sutrikti pusiausvyra, imti svaigti galva ir apimti drebulys. Panašiai ir chirurgas, kurį blaško mintys apie galimą klaidą, skalpeliu gali sukelti pavojų paciento gyvybei. Rizikinga veikla užsiimantys žmonės dažniausiai įgyja gebėjimą nekreipti dėmesio į tokias mintis arba jas nuslopinti. Atrodo, kad įgydami patirties jie išsiugdo psichologinę apsaugą, kuri sumažina minčių paveikumą ir dažnumą. Tokia apsauga skiria užgrūdintą veteraną nuo naujoko.

Realioje klinikinėje praktikoje terapeutui retai tenka tiksliai skirti neadaptyvias mintis nuo tikroviškų. Iškraipymai arba žmogų žlugdančios savybės paprastai yra pakankamai akivaizdžios, kad jas būtų galima pagrįstai vadinti neadaptyviomis. Metų metus po žmonos mirties depresija sirgęs vyras gedėjo pernelyg skausmingai.

Jį kamavo tokios kraštutinės mintys: „Ji mirė dėl mano kaltės", „Be jos negaliu gyventi", „Niekada nerasiu paguodos". Panašiai galvodavo ir dėl egzamino nervinęsis studentas: „Jei neišlaikysiu, man bus baigta; niekada negalėsiu pažiūrėti draugams į akis" arba: „Baigsiu gyvenimą kaip valkata". Po egzamino jis nesunkiai suvokdavo, kokios perdėtos, nerealistiškos buvo šios mintys.

Ellis (1962) tokį neadaptyvų mąstymą vadina „internalizuotais teiginiais" arba „teiginiais sau" ir pacientams aiškina juos kaip „dalykus, kuriuos jūs sakote sau". Maultsby (1968) tokioms mintims pavadinti vartoja „pokalbio su savimi" terminą. Tokie paaiškinimai yra praktiški, nes jie duoda pacientui suprasti, kad neadaptyvios mintys yra valingos, taigi jis gali valingai atsisakyti jų arba jas pakeisti. Pripažindamas praktinę šių terminų naudą, aš teikiu pirmenybę terminui „automatinės mintys", nes jis tiksliau atspindi, kaip šios mintys patiriamos. Pacientas šias mintis suvokia taip, tarsi jos kiltų refleksiškai – be ankstesnio apmąstymo ar svarstymo; jos atrodo jam tikėtinos ir pagrįstos. Jas galima palyginti su tėvo žodžiais vaikui, kuris juo tiki. Dažnai pacientą galima išmokyti taip nebegalvoti, tačiau sunkiais atvejais, ypač psichozių, neadaptyvioms mintims sustabdyti gali prireikti fiziologinių intervencijų, pavyzdžiui, elektros šoko arba vaistų.

Neadaptyvių minčių paveikumas ir reikšmingumas paprastai didėja paciento ligai sunkėjant. Sunkiai sergant, mintys dažniausiai tampa labai ryškios ir gali iš tikrųjų įsitvirtinti minčių lauko centre. Šį reiškinį galima pastebėti ūmių arba sunkių depresinių, nerimo arba paranojos būsenų atvejais. Depresija sergantysis dažnai valingai nekontroliuoja tokių apmąstymų kaip „Aš niekam tikęs...Mano vidurių nebėra...Visos nelaimės nutinka man". Išgyvenant nerimo būsenas analogiškai reiškiasi mintys apie pavojų, o paranojos būsenas – mintys apie įžeidimą.

Kita vertus, įkyrumų neuroze sergantieji, kurių būsena nėra ūmi ar sunki, gali būti gerokai varginami tam tikrų pasikartojančių

minčių. Tokios nesiliaujančios mintys yra diagnostinis šio sutrikimo požymis. Be to, ir nesergantys neuroze žmonės gali patirti panašių dalykų. Dėl vaiko ligos sunerimusios motinos arba dėl artėjančio egzamino susirūpinusio studento nemalonios mintys apie tai nepermaldaujamai kartojasi. Bet kuris asmuo, kurį vargina tokios mintys, gali paliudyti, kokios nevalingos jos atrodo.

Asmuo, kurio jausmai ir elgesys truputį sutrikę, gali nesuvokti automatinių minčių – net jei jos prieinamos sąmonei. Tokiais atvejais automatinės mintys, nors ir daro įtaką jo jausmams ir veiksmams, nepatraukia jo dėmesio. Tačiau susitelkęs į jas, jis gali jas lengvai atpažinti. Tai būdinga žmonėms, kurių savijauta po ūmios psichologinio sutrikimo fazės jau yra pagerėjusi arba kurių sutrikimas labai nežymus.

Žmonės, kurie paprastai vengia juos slegiančių situacijų, pavyzdžiui, tie, kuriuos vargina fobijos, nesuvokia savo neadaptyvaus mąstymo, kol stengiasi išlaikyti patogų atstumą nuo grėsmę keliančių aplinkybių. Tačiau jei jie priversti patekti į tokią situaciją arba įsivaizduoja save joje, šios neadaptyvios mintys suaktyvinamos ir jas lengva nustatyti.

Kai pacientas tvirtina, kad jis nieko nežinojo apie automatines mintis, kol nebuvo išmokytas jas stebėti, susiduriame su filosofine problema: kaip asmuo gali nežinoti to, kas yra jo sąmonės lauke? Vis dėlto daugelis mūsų esame patyrę, kad, nors ir esame matę kokį nors stimulą, apie tai nepagalvojome, kol kas nors mums to nenurodė. Tada galbūt sakome: „Suprantu, kad jis čia buvo visą laiką, tačiau iki šiol jo nepastebėjau". Tokiais atvejais atrodo, kad, nors suvokėme, nekreipėme į tai dėmesio. Vis dėlto šis suvokinys gali paveikti mūsų minčių ir jausmų eigą. Sunkiai užmingantis asmuo gali nesuvokti, kad jo nerimastingai būsenai daro įtaką nemalonūs garsai, pavyzdžiui, garsus laikrodžio tiksėjimas arba intensyvus eismas. Panašiai ir automatinės mintys iškyla sąmonėje, bet asmuo gali jų ir nepastebėti, kol to neišmokomas. Perkeldamas

savo dėmesį į šias mintis, jis geriau jas įsisąmonina ir gali tiksliai nusakyti jų turinį.

BLANKO UŽPILDYMAS

Kai automatinės mintys atsiduria sąmonės centre, nustatyti jas nesunku. Sergant nesunkia arba vidutinio sunkumo neuroze paprastai prireikia mokymų ir pratybų programos, kad pacientas išmoktų šias mintis apibrėžti. Kartais individas gali šias mintis sužadinti, įsivaizduodamas trauminę situaciją.

Pagrindinė procedūra, padedanti pacientui nustatyti automatines mintis, yra mokymas stebėti išorės įvykių sekas ir savo reakcijas į juos. Pacientas gali papasakoti apie daugelį aplinkybių, kuriomis jis dėl nepaaiškinamų priežasčių jautėsi prislėgtas. Paprastai tarp stimulo ir emocinio atsako yra tarpas. Emocinis sujaudinimas darosi aiškesnis, jei pacientas gali prisiminti mintis, kilusias per šį tarpą.

Ellis aprašo tokius šios procedūros paaiškinimo pacientui būdus. Seką jis įvardija *A, B, C*. *A* yra aktyvinantis stimulas, o *C* yra perdėtas, netinkamas „sąlyginis atsakas". *B* yra tuščias blankas paciento sąmonėje, kuris užpildytas tampa tiltu tarp *A* ir *C*. Terapijos užduotis yra užpildyti blanką; tai vyksta pagal paciento įsitikinimų sistemą.

Vienas pacientas seką apibūdino taip: *A* – seno draugo pamatymas, *C* – liūdesys, o kitas pacientas – taip: *A* – jis išgirdo pranešimą apie avarijoje žuvusį žmogų, *C* – pajuto nerimą. Šie pacientai sugebėjo sulėtintai atkurti įvykių seką ir sėkmingai prisiminti mintis, kilusias tarp įvykio ir patirto jausmo. Seno draugo pamatymas sužadino tokias mintis *(B)*: „Jei pasisveikinsiu su Bobu, jis galbūt manęs neprisimins... gal tiesiog nekreips dėmesio... Jau daug metų neturėjome nieko bendra. Nebus kaip seniau". Šios mintys sukėlė liūdnus jausmus. Avariją matęs ir nerimą išgyvenęs

pacientas taip pat sugebėjo „užpildyti blanką": jis prisiminė, kad įsivaizdavo save aukos vietoje.

A, B, C seką iliustruoja paprasta šunų baimė. Asmuo gali tvirtinti, kad jis, nors ir neturi priežasčių bijoti šunų, juos pamatęs, kiekvieną kartą patiria nerimą. Vieną tokį pacientą trikdė išgąstis, kurį jis pajusdavo, atsidūręs greta šuns, net jei šis ir negalėdavo jo užpulti. Jis nervindavosi, nors šuo būdavo pririštas ar už tvoros, arba akivaizdžiai per mažas, kad galėtų jį sužaloti. Rekomendavau jam stebėti, kokios mintys kils, kai jis kitą kartą pamatys šunį – bet kokį šunį.

Per kitą susitikimą pacientas papasakojo, kad per prabėgusį laiką matė daug šunų. Jis pranešė apie reiškinį, kurio anksčiau nebuvo pastebėjęs – būtent tai, kad kiekvieną kartą, išvydęs šunį, jis pagalvodavo: „Jis man įkąs". Įsiklausęs į tarpines mintis, jis suprato, kodėl jautė nerimą: kiekvieną šunį jis laikydavo pavojingu. Jis paaiškino, jog nuogąstaudavo, kad šuo įkąs, net jei tai būdavo mažutis pudelis. Jis pareiškė: „Supratau, kaip kvaila buvo manyti, kad net mažas pudeliukas gali mane sužaloti". Taip pat jis pripažino, kad, pamatęs didelį šunį už pasaito, pagalvodavo apie pačius blogiausias įmanomus dalykus: „Šuo šoks ant manęs ir išplėš man akį", „Jis stryktels, perkąs man gerklę ir papjaus mane". Per tris savaites pacientas sugebėjo įveikti savo ilgalaikę baimę, kai kiekvieną kartą, pamatęs šunį, suvokdavo savo mintis.

„Blanko užpildymo" metodas gali labai padėti pacientams, kuriuos tarpasmeniniuose santykiuose trikdo perdėta gėda, nerimas, pyktis arba liūdesys, arba kuriuos labai varžo tam tikrų vietų arba statinių baimė. Koledžo studentas vengdavo susibūrimų dėl nepaaiškinamos gėdos, nerimo ir liūdesio, kurie jį kamuodavo tokiomis aplinkybėmis. Išmokęs suvokti ir pasižymėti savo mintis, jis papasakojo, kad socialinėse situacijose jam kildavo tokios mintys: „Niekas nenorės su manimi kalbėtis... Jie mano, kad esu per daug jausmingas... Aš niekur netinku". Taip pamanęs, jis pajusdavo

pažeminimą, nerimą ir liūdesį ir trokšdavo išeiti.

Kitas pacientas skundėsi, kad beveik nebeįstengia kontroliuoti savo pykčio kalbėdamas su nepažįstamais žmonėmis – ką nors pirkdamas, klausdamas informacijos ar tiesiog šnekučiuodamasis. Porą kartų pasitreniravęs jis pranešė, kad atpažino tokias tarpines mintis: „Jis mane varinėja", „Jis mano, kad aš lepšis", „Ji nori manimi pasinaudoti". Taip pamanęs, jis bemat pajusdavo pyktį tam asmeniui. Iki šiol jis nesuvokė turįs polinkį kitus žmones laikyti priešininkais. Kitas pacientas pats nežinodamas kodėl nuolat jausdavosi suirzęs, kai šalia jo būdavo kitų žmonių. Įsiklausęs į savo mintis, jis suvokė, kad apie šiuos žmones nuolat galvodavo kritiškai.

Dažnai neadaptyvus mąstymas reiškiasi vaizdais, o ne žodžiais, arba vaizdais ir žodžiais kartu (Beck, 1970c). Vaikščioti viena bijojusi moteris vaizdavosi, kaip ją ištinka širdies priepuolis ir ji, nesulaukusi pagalbos, miršta gatvėje. Tuomet ją apimdavo didelis nerimas. Kita moteris, kurią nerimas užplūsdavo važiuojančią per tiltą, pripažino, kad prieš pajusdama nerimą ji įsivaizduodavo, kaip jos automobilis pramuša apsauginę sienelę ir nukrenta nuo tilto. Studentas aptiko, kad jo baimę naktį išeiti iš bendrabučio sukelia vizualinės fantazijos apie banditų užpuolimą.

ATSITRAUKIMAS IR DECENTRACIJA

Kai kurie automatines mintis išmokę nustatyti pacientai savaime pripažįsta jų nepatikimumą ir neadaptyvumą. Nuolat stebėdami savo mintis, jie vis geriau geba žvelgti į jas objektyviai. Objektyvus požiūris į mintis vadinamas *atsitraukimu*. Atsitraukimo sąvoka kilo iš šio žodžio vartojimo nurodant projekciniu testu, pavyzdžiui, Rorschacho rašalo dėmių testu, tiriamų pacientų gebėjimą atskirti rašalo dėmes nuo jų sukeltų asociacijų ar fantazijų. Dažnai nustatoma, kad pacientai, kuriuos apima stiprios emocinės reakcijos

į suvokiamus rašalo dėmių piešinius, rašalo dėmes laiko pačiais jas sužadinusiais objektais ar vaizdais. Sakoma, kad pacientas, kuris įstengia atitraukti dėmesį nuo savo asociacijų ir suvokti stimulą kaip paprasčiausią rašalo dėmę, turi gebėjimą „atsitraukti" nuo dėmės.

Panašiai ir asmuo, galintis tyrinėti savo mintis kaip psichologinį reiškinį, o ne kaip tolygias tikrovei, turi gebėjimą atsitraukti. Imkime, pavyzdžiui, pacientą, kuris be pateisinamos priežasties mano: „Šis vyras yra mano priešas". Jei jis automatiškai sulygina savo mintį su tikrove, jo gebėjimas atsitraukti prastas. Jei jis gali laikyti idėją hipoteze arba išvada, o ne faktu, jis atsitraukia sėkmingai.

Atsitraukimo, tikrovės tyrimo, stebėjimų tikrinimo ir išvadų pagrindimo sąvokos siejasi su epistemologija. Atsitraukimas reiškia gebėjimą skirti „Aš manau" (nuomonę, kurią reikia pagrįsti) ir „Aš žinau" („nepaneigiamą" faktą). Gebėjimas tai atskirti turi lemiamą reikšmę keičiant tas paciento reakcijas, kurios yra iškreiptos.

Daugelio psichologinių sutrikimų – nerimo, depresijos, paranojinių būsenų – atvejais didžiausi mąstymo nukrypimai atsiranda dėl paciento polinkio suteikti asmeninę reikšmę įvykiams, neturintiems su juo tiesioginio ryšio. Į depresiją linkęs vyras kaltina save dėl to, kad šeimos iškyla, kurią buvo numatęs, neįvyko dėl lietaus. Nerimastinga moteris žiūri į sudegusį namą ir galvoja, kad galbūt dega ir *jos* namas. Paranoja sergantysis pastebi susiraukusį praeivio veidą ir nutaria, kad tas žmogus nori jam pakenkti. Metodas, skirtas priversti pacientą atsisakyti įpročio laikyti save visų įvykių centru, vadinamas decentracija. Sėkmingą šio metodo taikymą iliustruoja toliau pateikiamas pavyzdys (Schuyler, 1973).

Studentas magistrantas smarkiai nerimavo prieš egzaminus. Jo nerimas dar padidėjo, kai fiziologinius simptomus (oro trūkumą, padažnėjusį pulsą) jis palaikė artėjančio širdies priepuolio ženklu. Remdamasis savo lemties filosofija, jis nusprendė, kad likimas jį išsirinko ypatingiems išmėginimams. Egzaminą raštu jis išlaikė puikiai, tačiau žodžiu atsakyti jam nepavyko. Nors ir suvokė, kad

egzaminą žodžiu išlaikyti jam sukliudė nerimas, nesėkmę jis išsiaiškino kaip įrodymą, kad likimas yra prieš jį.

Tuo metu, kai jis antrą kartą ketino laikyti egzaminą žodžiu, buvo gerokai pasnigę. Eidamas į egzaminą jis paslydo ir pargriuvo. Labai sunerimęs jis pagalvojo: „Sniegas čia atsirado, kad aš pargriūčiau". Tada prisiminė, ką apie polinkį išoriniams įvykiams suteikti asmeninę reikšmę jam sakė jo gydytojas. Jis apsižvalgė ir pamatė, kad slidinėja ir kiti žmonės, čiuožia ledu automobiliai, ir net šuo paslydo ir parvirto. Kai jam dingtelėjo, kad sniegas nebuvo specialiai jam skirtas išmėginimas, jo nerimas išnyko.

IŠVADŲ PAGRINDIMAS

Paprastai žmonės neabejoja savo mintimis. Jie dažnai žvelgia į savo mintis tarsi į išorinio pasaulio mikrokosmą. Savo minčiai žmogus priskiria tą patį tikrumą kaip ir pasaulio suvokimui. Net jei pacientas įstengia aiškiai atskirti vidinius psichinius procesus ir juos sukeliantį išorinį pasaulį, jį dar būtina mokyti tikslių žinių įgijimo įgūdžių. Žmonės nuolat kelia hipotezes ir daro išvadas. Jie linkę išvadas prilyginti tikrovei, o hipotezes priimti kaip faktus. Įprastomis aplinkybėmis jie dažniausiai veikia tinkamai, nes jų mąstymas pakankamai atitinka tikrąjį pasaulį ir iš esmės netrukdo prisitaikyti.

Neurozių atvejais iškreiptos sąvokos gali turėti luošinantį poveikį. Šios iškreiptos mintys nulemia klaidingą mąstymą tam tikrose apibrėžtose patyrimo srityse. Šiose srityse, užuot subtiliai skyrę niuansus, būtinus prisitaikant prie tikrovės, žmonės linkę daryti plačius nediferencijuotus apibendrinimus. Kaip parodyta 4 skyriuje, pacientai dažnai aplenkia logiką ir linksta į šališkas išvadas, perdėtus apibendrinimus ir sureikšminimus.

Psichoterapeutai tam tikrais metodais gali nustatyti, ar pacientų išvados yra netikslios arba nepagrįstos. Kadangi pacientai tikrovę

iškreipia nuolat, terapinę procedūrą iš esmės sudaro savo paties išvadų tyrinėjimas ir jų tikrinimas atsižvelgiant į tikrovę. Terapeutas kartu su pacientu stengiasi išvadoms pritaikyti įrodymo dėsnius. Pirmiausia tai stebėjimų, o vėliau ir samprotavimų patikrinimas.

TAISYKLIŲ KEITIMAS

Matėme, kad žmonės, tvarkydami savo gyvenimą ir mėgindami pakeisti kitų žmonių elgesį, taiko taisykles (formules, lygtis, prielaidas). Be to, pagal tam tikras taisykles jie įvardija, interpretuoja ir vertina. Jei šios taisyklės suformuluotos kategoriškai, yra nerealistiškos arba taikomos netinkamai ar perlenkiant, jos dažnai trukdo prisitaikyti. Galutinis rezultatas neretai yra koks nors sutrikimas: nerimas, depresija, fobija, manija, paranojinė būsena, įkyrumai. Jei taisyklės nulemia sunkumus, jos savaime yra neadaptyvios.

Ellis (1962) tokias taisykles vadina „iracionaliosiomis idėjomis". Jo terminas, nors ir išraiškingas, yra netikslus. Dažniausiai tos idėjos nėra iracionalios, jos veikiau per daug kategoriškos, plačios ir kraštutinės, pernelyg asmeniškos ir taikomos per daug šališkai, kad pacientas pajėgtų susitvarkyti su neatidėliotinais savo reikalais. Kad teiktų daugiau naudos, taisykles reikia performuluoti taip, kad jos būtų aiškesnės ir tikslesnės, ne tokios egocentriškos ir lankstesnės. Nustačius, kad taisyklės klaidingos, kenkia pačiam sau arba yra neįvykdomos, jas reikia atmesti. Tokiais atvejais terapeutas ir pacientas kartu ieško realistiškesnių ir adaptyvesnių taisyklių.

Kadangi kiti autoriai, įvardydami tai, ką mes pavadinome taisyklėmis, vartojo nuostatų, idėjų, sąvokų ir konstruktų terminus, toliau mes juos vartosime pakaitomis. Kad ir kokius terminus vartotų, daugelis psichterapeutų teigia, jog jų pacientai, gydytojo padedami, pakeitę neadaptyvias idėjas realistiškesniais požiūriais, atsikratė varginančio nerimo, fobijų ir depresijų.

Psichoterapeutai kartais neatkreipia dėmesio į akivaizdžią tiesą, kad jei pacientų klaidingos prielaidos arba asmeniniai mitai su jų sunkumais yra nesusiję, juos keisti nebūtina. Gydytojo pareiga nėra auklėti savo pacientą Renesanso žmogumi.

Patyrimo kodavimo ir elgesio valdymo taisyklių turinys, atrodo, yra susijęs su dviem svarbiausiais klausimais: *pavojaus ir saugumo* bei *kančios ir malonumo*. Pacientui sunkumai kyla vertinant riziką ir saugumą arba suvokiant kančią ir pasitenkinimą.

Su saugumu ir pavojumi susijusios taisyklės aprėpia fizinę ir psichologinę žalą (žr. 7 skyrių). Nerimas dėl fizinės žalos apima įvairiausias „pavojingas situacijas": būti užpultam ar nužudytam kitų žmonių ar gyvūnų, susižaloti arba žūti krentant iš aukštai; patirti avariją; uždusti arba pritrūkti maisto; susirgti įvairiausiomis ligomis ar apsinuodyti kenksmingomis medžiagomis. Akivaizdu, kad realiame pasaulyje šie dalykai vyksta. Siekdami išgyventi, žmonės, interpretuodami pavojingas situacijas arba vertindami rizikos laipsnį, laikosi savo susidarytų taisyklių. Asmuo, susiduriantis su sunkumais dėl per didelio atsargumo ar nerūpestingumo, arba neturi teisingų taisyklių, arba klaidingai jas taiko.

Patirdamas psichosocialinę skriaudą (įžeistas, kritikuojamas arba atstumtas) asmuo išgyvena įvairiausius pažeminimo, sutrikimo ir liūdesio jausmus. Reikia pažymėti, kad šie jausmai gali kilti, kai asmuo tik *mano*, kad buvo įžeistas, kritikuojamas arba atstumtas, nors iš tikrųjų to nebuvo. Be to, priešingai nei fizinio sužeidimo atveju, kai traumos sunkumą paprastai nusako koks nors patikimas rodiklis (pavyzdžiui, kraujavimas, specifinis skausmas tam tikroje vietoje), atstūmimas ir kritika nepalieka jokių išduodančių ženklų. Žmogus paprasčiausiai blogai jaučiasi, bet iš jo reakcijos negalime atskirti, ar nemalonūs jausmai kyla iš tikro, ar iš įsivaizduoto įžeidimo.

Kad sumažintų pavojų, žmonės paprastai taiko taisykles, padedančias įvertinti žalos tikimybę ir sunkumą bei galimybes sėkmingai įveikti grėsmę. Santykis tarp potencialios žalos ir

įveikimo mechanizmų gali būti pavadintas rizika. Jei asmuo pervertina riziką, jis yra perdėtai nerimastingas ir galbūt gyvena suvaržytai. Jei jis neįvertina rizikos, jis dažniau gali pakliūti į nelaimingus atsitikimus.

Tarpasmeninių santykių sudėtingumas ir patikimų požymių apie kito žmogaus ketinimus užgauti stoka daro bendravimo taisykles dar neaiškesnes. Kai kurie žmonės laiko save labai jautriais bendraujant ir todėl nuolat jaučiasi vaikštantys skustuvo ašmenimis. Tačiau savaime suprantama, kad į bendravimo nemalonumus, atvirkščiai, gali nuolat pakliūti tie, kurie nekreipia dėmesio į kitų žmonių signalus.

Dėl to, kad dauguma pacientų pateikiamų problemų yra iš tarpasmeninių santykių srities, pirmiausia panagrinėsime kai kurias įprastas tarpasmenines nuostatas. Tarpasmeninius pavojus apibendrina tokia taisyklė: „Būtų siaubinga, jei kas nors susidarytų apie mane prastą nuomonę". Tas „kas nors" gali būti draugas, vienas iš tėvų, bendraamžis, tolimas pažįstamas ar svetimas žmogus. Klinikinėje praktikoje pastebime, kad mūsų pacientai dažniausiai bijo bendraamžių grupės – klasės draugų, bendradarbių, kolegų ar draugų – nuvertinimo. Tačiau daug pacientų dar labiau nuogąstauja, kad nepasirodytų juokingi nepažįstamiems žmonėms. Jie būgštauja dėl parduotuvių darbuotojų, padavėjų, taksistų, autobusų keleivių ar gatvės praeivių reakcijų. Galbūt nepažįstamųjų reakcijos yra grėsmingesnės dėl to, kad tiesioginė patirtis šių pacientų neišmokė, ko tikėtis.

Asmuo gali baimintis padėties, kurioje jis jaučiasi pažeidžiamas priešiškos kitų žmonių kritikos (atviros ar neišreikštos). Jis itin jautrus situacijoms, kuriose gali išryškėti jo „silpnybės" arba „trūkumai". Jis dažnai bijo nepritarimo dėl to, kad nemoka išreikšti savęs, elgiasi per daug agresyviai, atrodo kitoks negu kiti ar netgi bijo pasirodyti bijantis nepritarimo. Labiau kraštutiniais atvejais jis gali baimintis prarasti kontrolę: būti per daug jausmingas, nualpti ar elgtis kaip pamišęs.

Įsivaizduojamos įvairiausios neigiamos reakcijos – nuo akmeninio žvilgsnio iki pasmerkimo. Labai svarbu suprasti, kad asmuo tokias kitų žmonių reakcijas laiko labai blogomis. Kai pacientų paklausiame, kodėl būti kritikuojamam nepažįstamo žmogaus yra taip blogai, tampa aišku, kad jie paprasčiausiai laiko tai *savaime* blogu dalyku. Paprastai jie negali paaiškinti, kodėl tai taip nemalonu. Jie miglotai įsivaizduoja, kad atstūmimas arba kritika kokiu nors būdu visiems laikams nepataisomai pakenks jų socialiniam įvaizdžiui ir Aš vaizdui.

Terapinį kritikos baimės įveikimo metodą iliustruoja medicinos studento, kuris jautėsi suvaržytas daugelyje situacijų, kada reikia apginti save, pavyzdžiui, klausiant nepažįstamojo kelio, tikrinant sąskaitą, atsisakant atlikti ko prašoma, prašant ko nors paslaugos arba kalbant grupei žmonių, atvejis. Šios pokalbių ištraukos paaiškina pagalbos studentui metodą:

Pacientas: Rytoj turiu pasisakyti prieš grupės draugus. Jaučiuosi sustingęs iš baimės.

Terapeutas: Ko jūs bijote?

Pacientas: Manau, kad apsikvailinsiu.

Terapeutas: Tarkime..., apsikvailinsite... Kodėl tai taip blogai?

Pacientas: To jie niekada neužmirš.

Terapeutas: „Niekada" yra labai ilgas laiko tarpas... Pažiūrėkim. Sakykime, jie jus išjuoks. Ar jūs dėl to mirsite?

Pacientas: Žinoma, ne.

Terapeutas: Tarkime, jie nuspręs, kad esate pats blogiausias visų laikų kalbėtojas... ar tai sužlugdys būsimą jūsų karjerą?

Pacientas: Ne... Bet būtų malonu, jei mokėčiau gražiai kalbėti.

Terapeutas: Žinoma, būtų malonu. Bet jei jums nepasisektų, ar tėvai arba žmona jūsų išsižadėtų?

Pacientas: Ne... Jie užjaustų.

Terapeutas: Tai kas tada būtų taip siaubinga?

Pacientas: Aš jausčiausi labai prastai.

Terapeutas: Kiek laiko?

Pacientas: Dieną ar dvi.

Terapeutas: O tada?

Pacientas: Tada viskas susitvarkytų.

Terapeutas: Bet jūs taip gąsdinatės, tarsi jūsų gyvybė kabotų ant plauko.

Pacientas: Tai tiesa. Atrodo, kad nuo to priklauso visas mano gyvenimas.

Terapeutas: Kažkuriuo metu jūsų mąstyme atsirado klaida... jūs linkęs bet kokią nesėkmę laikyti pasaulio pabaiga... Jums reikėtų teisingai įvardyti nesėkmes – kaip nesėkmę siekiant tikslo, o ne katastrofą. Jūs turite suabejoti klaidingomis savo prielaidomis.

Per kitą susitikimą, kai pacientas jau buvo kalbėjęs prieš draugus, – iš baimės nesklandžiai, kaip jis ir buvo manęs, – mes apžvelgėme jo nesėkmės sampratą.

Terapeutas: Kaip jaučiatės dabar?

Pacientas: Geriau... bet keletą dienų buvau prislėgtas.

Terapeutas: Ką dabar manote apie savo mintį, kad kalbėti nesklandžiai – tai tikra katastrofa?

Pacientas: Žinoma, tai ne katastrofa.

Terapeutas: O kas tada?

Pacientas: Tai nemalonu, bet aš išgyvensiu.

Pacientas pakeitė savo nuomonę, kad nesėkmė yra katastrofa. Jis pastebėjo, kad prieš kitą pasisakymą po savaitės jis jautė daug mažiau nerimo, o kalbėdamas jautėsi smagiau. Kito susitikimo metu jis visiškai sutiko, kad grupės draugų reakcijoms skyrė per daug reikšmės. Įvyko toks pokalbis:

Pacientas: Paskutinį kartą pasisakydamas jaučiausi daug geriau... Galbūt tai dėl patirties.

Terapeutas: Ar jums paaiškėjo, kad iš tikrųjų tai, ką žmonės apie jus galvoja, dažniausiai nėra gyvybės ir mirties klausimas?

Pacientas: Ketinu tapti gydytoju, turiu pacientams daryti gerą įspūdį.

Terapeutas: Ar jūs geras gydytojas, priklauso nuo to, kaip tiksliai jūs diagnozuojate ir gydote, o ne kaip kalbate viešai.

Pacientas: Taip, aš žinau, kad su pacientais man sekasi – ir tai, manau, yra svarbiausia.

Likusią terapijos dalį skyrėme neadaptyvioms nuostatoms, kurios sukeldavo jam nepatogumų kitose situacijose, apsvarstyti. Pacientas tokiais žodžiais išsakė savo naujai besiformuojančią nuostatą: „Dabar pats matau, kaip kvaila rūpintis dėl visiškai nepažįstamų žmonių. Niekada daugiau jų nebepamatysiu. Tai koks skirtumas, ką jie apie mane galvoja?"

Panašiai gali būti pajudintos ir keičiamos prielaidos, susijusios su fizinėmis baimėmis. Dažnai neadaptyvi nuostata suaktyvėja, kai pacientas priartėja prie situacijos, kurios baiminasi, tačiau ji gali pasireikšti ir pacientui pasakojant apie baimę keliančią situaciją arba įsivaizduojant save joje. (Situacijos įsivaizdavimas yra viena iš esminių Wolpe's sisteminės desensibilizacijos technikų). Už jų slypi maždaug tokia taisyklė: „Jei lipsiu laiptais (važiuosiu tuneliu, užeisiu į pilną žmonių parduotuvę, pakilsiu į dangoraižio viršų), mane ištiks širdies priepuolis (uždusiu, nualpsiu, iškrisiu)".

Kadangi daugelis pacientų, sėdėdami saugiame terapeuto kabinete, pavojumi per daug netiki, pravartu padėti pacientui įveikti nuostatą baimės suaktyvinimo strategija. 7 skyriuje rašėme, kad bijojęs skristi vyras manydavo, jog avarijos tikimybė yra minimali, kol pradėdavo planuoti kelionę. Šiame pavyzdyje moterį kamavo minios baimė:

Terapeutas: Ko bijote, būdama vietose, kuriose daug žmonių?

Pacientė: Bijau, kad nebegalėsiu įkvėpti...

Terapeutas: Ir?

Pacientė: ... nualpsiu.

Terapeutas: Tiesiog nualpsite?

Pacientė: Taip, žinau, tai skamba kvailai, tačiau aš bijau, kad nustosiu kvėpuoti... ir mirsiu.

Terapeutas: O ką šiuo metu manote apie tikimybę uždusti ir mirti?

Pacientė: Dabar tai atrodo kaip vienas šansas iš tūkstančio.

Tada pacientei buvo pasiūlyta pasižymėti mirties tikimybę, artėjant prie gausiai lankomos parduotuvės. Į kitą susitikimą pacientė atsinešė tokius užrašus:

1. Išeinant iš namų – tikimybė numirti parduotuvėje – 1 iš 1000.
2. Važiuojant į miestą – tikimybė numirti parduotuvėje – 1 iš 50.
3. Einant parduotuvės link – tikimybė numirti parduotuvėje – 1 iš 10.
4. Įeinant į parduotuvę – tikimybė numirti parduotuvėje – 2 prieš 1.
5. Minios viduryje – tikimybė numirti parduotuvėje – 10 prieš 1.

Terapeutas: Taigi... būdama minioje manėte, kad tikimybė numirti yra 10 prieš 1.

Pacientė: Buvo daug žmonių, tvanku, sunku kvėpuoti, pajutau, kad alpstu. Visai supanikavau ir išėjau.

Terapeutas: Kokia buvo tikroji tikimybė mirti, jei būtumėte pasilikusi parduotuvėje, – kaip manote dabar?

Pacientė: Tikriausiai viena iš milijono.

Kitą kartą apsilankiusi parduotuvėje, galimybę numirti pacientė vertino kaip daug mažesnę nei ankstesnio apsilankymo metu. Po tolesnės diskusijos ji sugebėjo priimti mintį, kad pilna žmonių

parduotuvė nekelia pavojaus jos gyvybei. Įžengusi į parduotuvę, ji primindavo sau, kad kartą jau padarė išvadą – pagrįstą protu, – jog parduotuvė yra saugi vieta. Vėliau ji patirdavo tik menką diskomfortą parduotuvėse ir kitose vietose, kuriose būdavo daug žmonių.

Malonumo ir kančios taisyklės yra panašios viena į kitą. Dažnai viena yra atvirkštinė kitai. Kai kurios šios taisyklės yra tokios tvirtos, kad gali visiškai nebeatitikti tikrovės arba turėti ilgalaikių pasekmių, trukdančių pacientui pasiekti labai vertinamus gyvenimo tikslus. Tokios nuostatos pavyzdys: „Būti žymiam nuostabu". Atvirkštinė, kurios laikosi dauguma žmonių, yra tokia: „Jei neišgarsėsiu, niekada nebūsiu laimingas". Žmonės, kuriems šios taisyklės svarbios, nuolat yra tarsi šautuvo taikiklyje: jie gena save, vaikydamiesi prestižo, populiarumo arba galios; ko nors pasiekę, užsirašo tašką, ko nors nepasiekę – jį nubraukia. Vergiškas šių taisyklių laikymasis dažnai kliudo siekti kitų tikslų, pavyzdžiui, gyventi pakankamai sveiką, ramų gyvenimą, džiaugtis ryšiais su kitais žmonėmis.

Dar svarbesnis faktas, kad kai kurie žmonės, pervertindami šias taisykles, įklimpsta į depresiją. Susirgdami depresija žmonės pereina tokias pakopas: pirmiausia jie nusprendžia, kad neartėja prie efemeriško tikslo – pavyzdžiui, šlovės. Iš to išplaukia išvadų seka: „Jei neišgarsėjau, man nepavyko... netekau vienintelio dalyko, dėl kurio verta gyventi... aš nevykėlis... nėra prasmės stengtis... galiu ir nusižudyti". Ištyręs pirminę prielaidą, pacientas suvokia, kad nebemato kitų malonumų, išskyrus šlovę. Jis taip pat suvokia, kaip apribojo save, savo laimę apibrėždamas kaip šlovę. Panašiai ir žmonės, savo laimę matantys vien tam tikro žmogaus ar žmonių meilėje, tampa svyravimų tarp laimės ir liūdesio auka, pagal tai, ar laiko save mylimu, ar atstumtu. Jie taip pat gali būti linkę į depresiją.

Kai kurios nuostatos, kurios nulemia žmonių polinkį į perdėtą liūdesį ar depresiją, išvardytos čia:

1. Kad būčiau laimingas, man turi pasisekti viskas, ko imuosi.
2. Kad būčiau laimingas, visi žmonės turi mane visada pripažinti (mėgti, žavėtis).
3. Jei esu ne viršūnėje, esu dugne.
4. Nuostabu būti populiariam, žymiam, turtingam; baisu būti nemėgstamam, vidutinybei.
5. Jei suklysiu, vadinasi, esu niekam tikęs.
6. Mano asmenybės vertingumas priklauso nuo to, ką apie mane galvoja kiti.
7. Negaliu gyventi be meilės. Jei mano sutuoktinis (mylimasis, tėvai, vaikas) manęs nemyli, esu niekam vertas.
8. Jei kas nors su manimi nesutinka, vadinasi, jis manęs nemėgsta.
9. Jei nepasinaudosiu kiekviena galimybe pažengti į priekį,vėliau dėl to gailėsiuosi.

Išvardytos taisyklės dažnai žmogų padaro nelaimingą. Neįmanoma būti absoliučiai mylimam – visą laiką ir visų draugų. Meilė ir pripažinimas gerokai svyruoja. Tačiau, kai taisyklės suformuluotos taip, bet koks meilės sumažėjimas lengvai palaikomas atstūmimu.

Dar viena problema, kurią sukelia perdėtas kliovimasis pripažinimu, susižavėjimu ir meile, yra tai, kad neturime patikimo kriterijaus įvertinti, ar kitas asmuo iš tikrųjų mus atstumia, priekaištauja arba kritikuoja. Kaip nurodėme anksčiau, tyrinėdami sužeidimą, objektyviai galime įrodyti, kad kas nors užpuolė mus fiziškai. Bet kai *atrodo*, jog kas nors mus atstumia, iš kur žinome, kad teisingai interpretuojame jo elgesį? Subjektyvus mūsų sielvartas negali būti padarytos išvados teisingumo įrodymas, nes tokie jausmai gali kilti ir kai išvada teisinga, ir kai klaidinga. Šis patikimos informacijos trūkumas psichologinę traumą daro daug sunkiau įveikiamą negu fizinė trauma.

Svarbiausias kognityvinės terapijos elementas yra iškelti aikštėn

paciento nuostatas ir padėti jam nuspręsti, ar jos jam nekenkia. Be to, labai svarbu, kad jis pats patirtų, kad tam tikros nuostatos kliudo jam būti laimingesniam ir verčia kentėti, ir kad taip nebūtų, jei jis vadovautųsi nuosaikesnėmis ir realistiškesnėmis taisyklėmis. Terapeuto pareiga – pasiūlyti pacientui apsvarstyti alternatyvias taisykles, o ne paprasčiausiai „protinti" jį.

Su malonumo ir kančios taisyklėmis yra susijusi grupė nuostatų, vadinamų „privalėjimo tironija"(Horney, 1950). Jei asmuo vadovaujasi taisykle: „Kad būčiau laimingas, mane visi turi mylėti", jis dažnai ją įgyvendina kita taisykle: „Turiu padaryti taip, kad visi mane mylėtų". Visi „privalau" ir „negaliu" yra labai griežti ir tuo panašūs į Freudo *superego* koncepciją.

Kai kurie įprasti „privalau":

1. Privalau būti itin dosnus, atidus, orus, drąsus, nesavanaudiškas.

2. Privalau būti tobulas mylimasis, draugas, tėvas, mokytojas, studentas, sutuoktinis.

3. Bet kokius sunkumus turiu įveikti nesutrikdamas.

4. Privalau greitai išspręsti kiekvieną problemą.

5. Privalau niekada neįsižeisti; visada turiu būti giedras ir laimingas.

6. Turiu viską žinoti, suprasti ir numatyti.

7. Visada turiu būti spontaniškas; visada privalau kontroliuoti savo jausmus.

8. Turiu ginti save; privalau niekada nieko neužgauti.

9. Niekada negaliu pavargti ar susirgti.

10. Visada turiu elgtis labai veiksmingai.

BENDROJI STRATEGIJA

Terapinių taktikų, kurias gali taikyti kognityvinės terapijos specialistas, yra tiek daug, kad, jei jis nenumato bendrosios atvejo strategijos, terapija gali virsti keista bandymų ir klaidų grandine. Principai, sudarantys kognityvinės terapijos schemą, buvo aprašyti šiame ir ankstesniuose skyriuose: tai minčių iškreipimo, įsakinėjimo ir priekaištų sau, darančių žmogų nelaimingą ir luošinančių jį, atskleidimas ir mėginimas padėti pacientui peržiūrėti tas taisykles, kurios nulemia šiuos klaidingus signalus sau. Kai kurie kognityvinės terapijos specialistų taikomi metodai yra panašūs į būdus, anksčiau pacientų sėkmingai taikytus problemoms spręsti. Terapeutas su pacientu sistemingiau nagrinėja psichologines problemas, kurių pastarasis neįstengė išspręsti savarankiškai. Specifiniai veiksmai yra tikslus sunkumų srities apibrėžimas, trūkstamos informacijos surinkimas, ryšių tarp duomenų nustatymas ir apibendrinimų suformulavimas. Tada terapeutas padeda pacientui pačiam pakoreguoti savo patyrimo interpretavimo ir elgesio reguliavimo būdus.

Psichoterapijos *metodai* didele dalimi sutampa su psichoterapijos *procesu*, todėl sunku nubrėžti ribą tarp terapeuto veiksmų ir paciento reakcijų. Be to, psichoterapeutas vienu metu gali taikyti keletą procedūrų, o pacientas reaguoti į jas keletu terapinių būdų. Pavyzdžiui, mokydamas pacientą atpažinti savo automatines mintis, psichoterapeutas tiesiogiai ar netiesiogiai suabejoja jų pagrįstumu. Dėl to pacientas geriau įsisąmonina savo mąstymo būdus ir tampa objektyvesnis (atsitraukimas). Kai pacientas pripažįsta, kad šie signalai sau yra neadaptyvūs arba neatitinka tikrovės, jis paprastai automatiškai juos ištaiso. Be to, toks savęs tyrinėjimas tiesiogiai padeda aptikti giliai slypinčias prielaidas ir lygybes – tas taisykles, dėl kurių atsiranda klaidingos reakcijos. Toliau aprašomas atvejis iliustruoja terapinių procedūrų ir paciento psichologinių procesų sąveiką.

Simpatiška jauna trijų vaikų mama gydėsi universiteto psichiatrijos klinikoje dėl nerimo priepuolių, kurie trukdavo nuo šešių iki septynių valandų per dieną. Toks nerimas per pastaruosius ketverius metus apimdavo beveik kasdien. Ji dažnai kreipdavosi į šeimos gydytoją, kuris skirdavo įvairiausių raminamųjų ir torazino, tačiau jie mažai gelbėjo.

Man kalbantis su ja pirmą kartą, išryškėjo tokie faktai. Pirmą kartą ją nerimas apėmė maždaug dvi savaitės po persileidimo. Maudydama savo vienerių metų sūnelį ji staiga pajuto silpnumą. Tada ją pirmą kartą ištiko nerimo priepuolis, trukęs keletą valandų. Pacientė negalėjo paaiškinti savo nerimo. Kai paprašiau prisiminti, ar jai nekilo kokių nors minčių, kai svaigo galva, ji prisiminė galvojusi: „Jei apalpsiu, sužalosiu vaiką". Kaip laikina hipotezė atrodė tikėtina, kad galvos svaigimas (kuris tikriausiai buvo po persileidimo atsiradusios mažakraujystės pasekmė) sukėlė baimę, jog ji gali apalpti ir paleisti iš rankų kūdikį. Ši gąsdinanti mintis sukėlė nerimą, kurį ji išsiaiškino kaip ženklą, kad ji „tuoj tuoj susmuks".

Iki persileidimo pacientė buvo gana rami ir neprisiminė turėjusi kokių nors nerimo priepuolių. Tačiau po persileidimo jai nuolat kildavo mintis: „Man gali nutikti blogų dalykų". Dėl to, išgirdusi, kad kas nors susirgo, ji dažnai pagalvodavo: „Tai gali atsitikti ir man", ir pajusdavo nerimą.

Pacientė buvo paprašyta pasistengti nustatyti kiekvieną mintį, kylančią prieš nerimo priepuolį. Per kitą susitikimą ji papasakojo:

1. Vieną vakarą ji išgirdo, kad jos draugės vyras sunkiai susirgo plaučių uždegimu. Ją iš karto ištiko nerimo priepuolis, trukęs keletą valandų. Laikydamasi nurodymų, ji stengėsi prisiminti mintį, atėjusią į galvą prieš kylant nerimui. Ji prisiminė pamaniusi: „Tomas (jos vyras) irgi gali taip susirgti ir numirti".

2. Prieš kelionę pas seserį ją taip pat gerokai kamavo nerimas. Ji susitelkė į savo mintis ir suvokė pasikartojančią mintį: „Per kelionę

galiu susirgti". Ankstesnio apsilankymo pas seserį metu ji smarkiai negalavo dėl sutrikusio virškinimo ir dabar aiškiai nuogąstavo, kad ir vėl gali atgulti.

3. Dar kitu atveju ji jautėsi nesmagiai, o daiktai jai rodėsi kažkokie nerealūs. Tuomet ji pamanė: „Gal kraustausi iš proto", ir jai iš karto prasidėjo nerimo priepuolis, trukęs beveik valandą.

4. Ji sužinojo, kad viena jos draugių buvo paguldyta į valstybinę psichiatrijos ligoninę. Ši žinia privertė ją pagalvoti: „Tai gali atsitikti ir man. Galiu išprotėti". Paprašyta smulkiau paaiškinti šią savo mintį, ji atsakė bijanti, kad pamišusi ji nepakenktų savo vaikams arba sau.

Buvo akivaizdu, kad labiausiai pacientė bijojo prarasti kontrolę, ar tai būtų nualpimas, ar pamišimas, ir dėl to padaryti kokios nors žalos. Paaiškinau pacientei, kad nėra jokių požymių, jog ji pradeda sirgti psichikos liga. Taip pat jai buvo paaiškinta, kaip kyla jos nerimas ir kaip ji išsiaiškina jo prasmę: jos nesuvoktu įsitikinimu, nerimo simptomai reiškė beprasidedantį pamišimą. Per keletą kitų savaičių jos nerimo priepuoliai pasidarė retesni ir susilpnėjo, o po keturių savaičių visiškai išnyko.

Pagrindinė terapinė užduotis šiuo atveju buvo išmokyti pacientę prisiminti prieš nerimo priepuolius kylančias mintis ir įvertinti jų pagrįstumą. Pripažinusi, kad šie priepuoliai prasideda nuo minties, o ne dėl neaiškių paslaptingų jėgų veikimo, ji įsitikino, kad jos įsivaizdavimas, jog ji labai pažeidžiama, buvo klaidingas. Ji suvokė, kad klaidingas buvo ir jos įsitikinimas, jog ji negali kontroliuoti savo reakcijų. Išmokusi nustatyti nerimą sukeliančias mintis, ji įstengė nuo jų šiek tiek atsiriboti ir patikrinti jas atsižvelgdama į tikrovę. Taip ji sugebėjo įveikti šių minčių poveikį.

Šios pacientės gijimo procesas gali būti aprašytas tokiu terapiniu modeliu: 1) *stebint save* tiesiogiai suvokiamos nerimą sukeliančios mintys; 2) nustatomas ryšys tarp minčių ir nerimo priepuolių;

3) išmokstama mintis laikyti hipotezėmis, o ne faktais; 4) hipotezės patikrinamos; 5) suvokiamos prielaidos, kurios slypi už šių hipotezių ir jas nulemia; 6) pademonstruojama, kad šios įsitikinimų sistemą sudarančios taisyklės yra netikslios. Pacientės įsitikinimų sistemą sudarė mintys apie psichinės ir somatinės ligos galimybę, kontrolės praradimą ir nevalingą žalos kam nors padarymą. Be to, ji buvo prietaringai įsitikinusi, kad jei kas nors blogo nutiko kitiems, tas pat atsitiks ir jai arba jos šeimos nariui. Galiausiai visa tai virto bendra gąsdinančia mintimi: „Man gali atsitikti bet kas". Pademonstravę jos sulyginimų ir jų taikymo sau klaidingumą, galėjome pakeisti ydingą pacientės įsitikinimų sistemą.

Kognityvinė depresijos terapija | 11

Jei koks nors išorės dalykas tau kelia skausmą, tai tave trikdo ne jis pats, bet tavo nuomonė apie jį. O dabar tavo galioje išrauti šią nuomonę.

Markas Aurelijus

KOGNITYVINIO POŽIŪRIO PRINCIPAI

Įvairiu laiku taikiau daugumą šiuolaikinėje literatūroje aprašytų depresijos gydymo būdų. Kai kurie jų – dosniai reiškiama šiluma ir užuojauta, „išsivadavimas iš pykčio", paciento skatinimas reikšti liūdesio ir kaltės jausmus, jo „poreikio kentėti" interpretavimas, raginimas nuoširdžiau priimti save – kartais padėdavo, o kartais, priešingai, pakenkdavo. Tačiau kalbos apie tai, kaip varganai ir beviltiškai jaučiasi pacientas, mėginimai išspausti jo pyktį dažnai tik pabrėždavo jo depresiją: sumenkusio Aš vaizdo pripažinimas ir pesimizmas sustiprindavo liūdesį, pasyvumą ir kaltinimus sau.

Laikui bėgant pastebėjau, kad terapinės priemonės, pritaikytos tam tikroms depresinio sindromo ypatybėms arba paciento asmenybei, buvo daug veiksmingesnės už ankstesniąsias. Be to, aiškios struktūros, į problemą orientuotas metodas greičiau duodavo rezultatų nei kiti metodai. Taip pat pastebėjau, kad specifinės kognityvinės ir elgesio technikos efektyviausiai veikė nuotaiką ir elgesį.

Kad suprastume kognityvinį depresijos gydymo metodą, būtina depresija sergančiojo problemas suformuluoti kognityviniais

terminais. Į depresijos požymius galima žvelgti kaip į pamatinio depresija sergančio paciento kognityvinės struktūros pokyčio išraišką. Dėl tam tikrų kognityvinių schemų vyravimo jis linkęs neigiamai žiūrėti į save, savo patyrimą ir savo ateitį. Šios neigiamos mintys akivaizdžiai išryškėja tame būde, kuriuo pacientas nuolat klaidingai aiškina savo patyrimą, ir jo apmąstymų turinyje. Kalbant tiksliau, jis save laiko „nevykėliu". Pirmiausia, jis mano, kad prarado ką nors labai vertingo, pavyzdžiui, asmeninį ryšį, arba nepasiekė to, ką laiko labai svarbiu tikslu. Antra, jis iš anksto mano, kad bet kokių jo veiksmų pasekmės bus neigiamos, todėl nejaučia paskatos nusistatyti tikslų ir, tiesą sakant, vengia „konstruktyvios" veiklos. Be to, jis mano, kad ateityje niekada nebepatirs pasitenkinimo ir nieko nepasieks. Trečia, jis laiko save nevykėliu iš prigimties: jis prastesnis, netikęs, menkavertis, nemitrus ir kitų nepageidaujamas.

Neigiamos paciento idėjos prisideda prie kitų depresijos simptomų: liūdesio, pasyvumo, savęs kaltinimo, malonumo potyrio praradimo ir suicidinių minčių. Dėl ydingo rato neigiamas mąstymas, nemalonūs afektai ir į savęs žlugdymą vedantys poreikiai sustiprina vienas kitą. Kognityvinį depresijos įveikimo metodą sudaro mokymasis žvelgti į save kaip į „laimėtoją", o ne „nevykėlį", kaip į sumanų, o ne bejėgį.

Taikant kognityvinį metodą depresijos sindromas pirmiausia suskaidomas į specifinius komponentus. Suprantama, terapeutas gali pradėti nuo bet kurių simptomų – emocinių, motyvacinių, kognityvinių, elgesio ar fiziologinių – ir sutelkti savo pastangas šiai simptomų grupei pakeisti. Kiekviena simptomų grupė gali būti laikoma problema ir potencialiu intervencijos taikiniu. Kadangi kiekvienas depresijos komponentas sustiprina kitus, galima numatyti, kad pagerėjimas vienoje probleminėje srityje sukels pagerėjimą kitose ir galiausiai paveiks visą depresijos sindromą.

Nagrinėjamos problemos yra sudėtingos, jas sudaro daugiau nei tam tikras sunkumas, apie kurį kalba pacientas. Iš esmės problemą

galima suformuluoti trimis „lygiais": a) matomas nenormalus elgesys arba simptomas, pavyzdžiui, greitas nuovargis, ašarų priepuoliai, suicidiniai grasinimai; b) motyvacijos sutrikimai (jei yra), pavyzdžiui, noras išvengti veiklos arba pasitraukti iš gyvenimo; c) motyvaciją grindžiančios kognicijos, pavyzdžiui, įsitikinimas, kad siekti tikslo yra beprasmiška, kad ateityje nebus jokio pasitenkinimo, kad pacientas yra nugalėtas, apleistas, nenormalus.

Kiekvienu atveju specifinių problemų ir specialių būdų joms spręsti parinkimas priklauso nuo įvairių veiksnių. Terapeutui reikia įsiklausyti į pacientą ir sutarti su juo, kurią problemą laikyti „taikiniu" ir kokius metodus naudoti. Sunkesnės depresijos atvejais paprastai pasirenkamas tikslas pakeisti elgesį, pavyzdžiui, jo inertiškumą, ir pradedamos specialios veiklos programos (tarkime, „Sudėtingėjančios užduotys", arba „Sėkmės terapija"). Žinoma, vienu metu skirtingais metodais galima veikti keletą taikinių. Prireiks tam tikro skaičiaus bandymų ir klaidų bei išradingumo. Kai metodai parenkami, juos reikia pritaikyti paciento poreikiams ir asmenybei.

Esamo simptomo gydymas turi apimti ir ne tokius akivaizdžius problemos komponentus. Pavyzdžiui, projektas, skirtas išjudinti pacientą veiklai, apima ne tik jo motyvacijos, bet ir savosios vertės stiprinimą. Pacientas, matydamas, kad sėkmingai siekia tikslo, gauna esminės informacijos, kuri paveikia jo nuostatas savęs atžvilgiu[1]. Pradėjęs geriau vertinti savo gebėjimus kontroliuoti aplinką ir efektyviai veikti kasdieniame gyvenime, jis ima manyti, kad jo pastangos duos naudos. Taip išauga jo optimizmas. Kaip jau nurodyta, teigiami lūkesčiai pagerina motyvaciją. Dėl sustiprėjusios motyvacija ima sektis dar geriau.

[1] Bem (1967) ir Wilkins (1971yra surinkę duomenų, rodančių, kad pakitusio savo elgesio stebėjimas lemia nuostatos pasikeitimą. Asmuo, darantis išvadas iš savo regimo elgesio, naudojasi ta pačia informacija, kuria remiasi išoriniai stebėtojai, darydami sprendimus apie pamatines jo nuostatas.

Stebėdamas ir teisingai vertindamas savo pagerėjusią veiklą, pacientas tarsi randa papildomą paspirtį savęs vertinimui. Pasitenkinimą jam ima teikti ir jausmas, kad atliko ką nors apčiuopiamo, ir geresnis savęs vertinimas. Šitaip baigiasi ciklas: pagerėjusi veikla – geresnis savęs vertinimas – padidėjusi motyvacija – pagerėjusi veikla. Tačiau intervencijos taikiniu gali būti pasirinktas ir bet kuris kitas ciklo elementas.

Pacientui suvokus, kad jo asmeninė sritis prasmingai išsiplėtė, kyla malonūs jausmai. Tačiau depresija sergantysis linkęs nuvertinti teigiamus įvykius ar netikėti jais, todėl atsijoja daug dalykų, kuriuos paprastai laikytų teigiamu patyrimu. Išryškėjus tokiam paciento polinkiui, jo selektyvus nedėmesingumas turėtų būti aptartas, o vėliau ir koreguojamas specialiais būdais.

Apibendrinant galima pasakyti, kad taikinio metodą sudaro depresijos problemos suskaidymas į smulkesnes problemas, specifinių įvairaus lygio problemų atrinkimas ir nustatymas, kokio tipo terapinė intervencija tiktų pacientui.

Simptomas, metodas ir neadaptyvi nuostata

Formuluojant savo depresijos gydymo būdą, terapeutui svarbu skirti simptomą, metodą ir pamatines nuostatas. Simptomas gali būti *afektinis*, pavyzdžiui, ašarų priepuoliai, liūdesys, malonumo potyrio, humoro jausmo praradimas, apatija. Terapinis metodas gali būti *bihevioristinis*, pavyzdžiui, paciento išjudinimas veiklai ir teigiamas tam tikro tipo veiklos paskatinimas. Tačiau pamatinė nuostata yra tas komponentas, kurį galų gale reikia pakeisti, kad būtų paveikta depresijos visuma. Taigi tikslas yra *kognityvinė modifikacija*.

Įsitraukimas į veiklą, kuri duoda konkrečių rezultatų (bihevioristinis metodas), gali padėti įveikti nuostatą „Ateitis beviltiška, nes negaliu atlikti nieko konstruktyvaus". Panašiai ir neigiama kognityvinė

nuostata „Viskas nemalonu" gali būti pakeista, įsivaizduojant malonius vaizdus. Malonių scenų įsivaizdavimas gali suteikti ir pasitenkinimo, keičiančio kognityvines individo nuostatas: „Galiu patirti ir šiek tiek pasitenkinimo, ne tik nuolatinę neslopstančią kančią"(Beck, 1967).

Susitelkimas tik į simptomą (pavyzdžiui, liūdesį, norą mirti, vangumą), tuo pat metu nenumatant programos nuostatoms pakeisti, gali duoti tik laikinų rezultatų. Iš tiesų šis pagerėjimas gali būti apgaulingas ta prasme, kad akivaizdžiai pakeičiamas tik vienas išorinis depresijos požymis, o jos esmė lieka nepaliesta. Pacientas, kurį įtikiname labiau įsitraukti į veiklą, po kiek laiko gali atrodyti „geriau", tačiau netrukus nusižudyti. Todėl labai svarbu, kad terapeutas budriai stebėtų ir fundamentalių nuostatų keitimosi, ir simptomų gerėjimo požymius.

Nors pagerėjimo mechanizmas remiasi kognityviniais pokyčiais, svarbu stengtis šalinti ir tuos simptomus, kurie iš prigimties yra daugiausia afektiniai ar motyvaciniai. Sudėtinis metodas reikalingas dėl svarbių priežasčių.

Depresijos kryptis iš nuolatinio blogėjimo gali būti pakeista priešinga, keičiant specifinius grandininės reakcijos komponentus. Pavyzdžiui, dėl terapinių nurodymų pacientas tampa konstruktyvesnis. Jis stebi savo elgesį ir galvoja: „Galiu padaryti daugiau, nei maniau". Šis pastebėjimas sustiprina jo motyvaciją plėsti veiklą. Kai jis pasiekia daugiau konkrečių tikslų, jo nuostatos savo paties ir ateities atžvilgiu dar labiau pasitaiso. Pagerėjęs Aš vaizdas ir sustiprėjęs optimizmas sumažina kritiškumą sau ir liūdesį, tiesą sakant, jis gali pradėti jausti ir šiek tiek pasitenkinimo. Planuodamas terapiją taip, kad vienu metu būtų veikiamos kelios simptomų grupės, terapeutas pagreitina gerėjimą.

Labai svarbu pripažinti, kad jei dėl terapinio poveikio pacientas *elgiasi* ne taip depresiškai, tai dar nereiškia, kad jis *yra* mažiau depresiškas. Džiova sergančio paciento kosėjimą galima sustabdyti

vaistais, o kad neatrodytų toks išsekęs, priversti jį priaugti svorio specialiai maitinant. Tačiau ertmės jo plaučiuose lieka tokios pat didelės. Panašiai ir smegenų pažeidimą patyręs asmuo gali būti išmokytas atlikti keletą judesių, nors jie ir nereiškia, kad sumažėjo jo smegenų nepakankamumas. Tinkamai vertinant depresijos pagerėjimą kartu su elgesio pokyčiais reikia ištirti afektų, motyvacijos, kognicijų ir fiziologinių funkcijų (miego ir apetito) pokyčius.

Kognityvinės reorganizacijos mechanizmas

Naudinga analogija siekiant suprasti kognityvinio modifikavimo techniką yra Kelly (1955) paciento ir terapeuto kaip mokslininkų, kurie bendradarbiauja tyrinėdami asmeninius paciento konstruktus, samprata. Pacientui jo prielaidos ir konstruktai atrodo tokie savaime suprantami, kad paprastai jis jų neišsako, kol nėra specialiai paklausiamas. Terapeutas padeda pacientui aiškiai suvokti jo depresijos prielaidas, ir tada, veikdami kartu, jie jas kruopščiai ištiria ir patikrina.

Išjudinti pagrindines prielaidas gydant tokius pacientus kaip sergantieji depresija yra svarbu, nes jų kognityvinė struktūra iš esmės yra „uždara sistema". Tokia sistema nepriima jai prieštaraujančios informacijos. Postulatai priimamai kaip faktai. Pagerėjimas siejasi su sistemos atvėrimu naujai informacijai ir kitokiems požiūriams. Be to, būdingos kognityvinės schemos tampa lankstesnės ir atviresnės.

Klausinėjant tam tikrą prielaidą galima paversti diskusijos objektu. Procedūra susideda iš: 1) priežasčių, kodėl pacientas tiki depresiją sukeliančiomis prielaidomis, atskleidimo; 2) palaikančių prielaidą arba jai prieštaraujančių duomenų išdėstymo, kaip daroma debatų metu. Tuo siekiama, kaip Sokrato dialoguose, atrasti „tiesą" išsakant aptariamam klausimui priešingą poziciją.

Kitas svarbus paciento įsitikinimų tyrimo būdas yra empirinis demonstravimas. Du bendradarbiai (terapeutas ir pacientas) gali

sukurti eksperimentinę situaciją, kurioje patikrinamos prielaidos ir iš karto gali būti atrandamas sprendimas. Mes atlikome analoginius šios procedūros tyrimus, panaudodami skirtingas užduotis, taip pat rėmėmės klinikiniu šių eksperimentinių paradigmų taikymu, kaip antai gydydami sudėtingėjančių užduočių metodu. *Sėkmė pagerino depresiškų ligonių veiklą*, tuo tarpu nedepresiškų asmenų veiklą pagerino nesėkmė (Loeb ir kt., 1971).

Eksperimentinis mūsų atradimas, kad sergantysis depresija teigiamai reaguoja į konkrečius gerus ar puikius veiklos rezultatus (5 skyrius), teikia naudingų idėjų kognityviniam pertvarkymui. Konkreti, teigiama tiesioginė informacija apie jo veiklą turi didelį poveikį ligonio Aš vaizdui ir lūkesčiams. Depresija sergančiojo polinkis patyrus „sėkmę" pernelyg plačiai apibendrinti *teigiama* kryptimi rodo, kad neigiamas kognityvines jo nuostatas galima paveikti. Terapiškai tai daroma sumanant būdus parodyti pacientui jo specifinius kognityvinius iškraipymus ir pademonstruoti jų nepagrįstumą. Kai tam tikrais elgesio modifikavimo ar pokalbio metodais tokia kognityvinė reorganizacija pasiekiama, visi paciento depresijos simptomai gali greitai išnykti.

Tolesniuose skyreliuose apibūdinsime įvairius metodus specifinėms sunkumų sritims („taikiniams") gydyti. Aptarsime ir keletą specialių būdų. Aiškumo dėlei pirmiausia pateiksime trumpus šių metodų aprašymus.

Veiklos planavimas kartu su pacientu. Kadangi pacientas laiko savo pastangas bergždžiomis, jam svarbu išlikti aktyviam, kad galėtų matyti galimą savo veiklos veiksmingumą. Pats veiklos tvarkaraštis padeda pacientui planuoti savo dieną. Kadangi depresiški pacientai dažnai priešinasi pastangoms priversti juos „užsiimti", labai svarbu juos įvairiai skatinti, pavyzdžiui, priminti, kad veikla gali truputį palengvinti nemalonius jausmus.

Sunkėjančių užduočių programa. Šio metodo tikslas yra suteikti pacientui sėkmės potyrių, todėl jis kartais vadinamas „sėkmės

terapija". Terapeutas pradeda nuo paprastos užduoties, kuri, kaip jis nustato, yra visiškai įveikiama pacientui. Kartu su pacientu suplanuojama daugiau užduočių, kurios yra ir sudėtingesnės, ir ilgesnės. Pavyzdžiui, depresija serganti namų šeimininkė pirmiausia gali būti paraginta paprasčiausiai išvirti kiaušinį. Sėkmingai įveikusi kiekvieną užduotį ji gali pagaminti ir pietus.

Sėkmės ir malonumo terapija [M & P terapija]. Šio metodo esmė – užtikrinti, kad pacientas nuolat užsirašytų savo veiklą ir žymėtųsi „S" kiekvienai sėkmingai įveiktai užduočiai ir „M" kiekvienam patirtam malonumui. Šios procedūros tikslas – įveikti depresija sergančiųjų aklumą situacijoms, kuriose jiems sekasi, ir polinkį užmiršti situacijas, kurios jiems teikia nors kiek malonumo.

Kognityvinis pervertinimas. Kaip minėta anksčiau, yra daug kognityvinės terapijos technikų, kurių esmė – ydingų mąstymo įpročių keitimas. Šią techniką iš esmės sudaro tipiškų neadaptyvių kognicijų ir nuostatų nustatymas. Tada pacientas ir terapeutas įvertina tas mintis, stengdamiesi patikrinti jų pagrįstumą. Tam reikia mažiausiai septynių žingsnių: 1) nustatyti depresinių kognicijų ir liūdesio seką; 2) nustatyti ryšį tarp kognicijų ir motyvacijos (noro vengti ir suicidinių impulsų); 3) ištirti depresines kognicijas; 4) patikrinti, įvertinti ir pakeisti šias kognicijas; 5) nustatyti perdėtus apibendrinimus, šališkas išvadas, dichotomišką mąstymą; 6) nustatyti pamatines prielaidas; 7) patikrinti, įvertinti ir pakeisti pagrindines prielaidas.

Alternatyvų terapija. Šį metodą sudaro dvejopi veiksmai: 1) alternatyvių patyrimo aiškinimų nagrinėjimas. Sergantysis depresija nuolat neigiamai iškreipia savo interpretacijas. Galvodamas apie kitokius paaiškinimus, jis turi galimybę pripažinti klaidą ir pakeisti aiškinimus tikslesniais; 2) alternatyvių būdų įveikti psichologinius ir situacinius sunkumus nagrinėjimas. Aptardamas įvairius savo sunkumų įveikimo būdus, pacientas atranda sprendimus problemoms, kurias laikė neišsprendžiamomis. Jis taip pat suvokia, kad

kartą jo jau atmesti variantai gali būti tinkami ir padėti išsivaduoti iš sunkumų.

Kognityvinė repeticija. Ši technika taikoma atskleisti problemas, kurios trukdo pacientui imtis tikslingos veiklos. Įsivaizduodamas save atliekantį kokią nors užduotį, pacientas gali nupasakoti specifines „kliūtis", kurias jis numato, ir konfliktus, kuriuos ta veikla sužadina. Tada šie veiksmų stabdžiai gali tapti diskusijų objektu.

Namų darbai. Iš visko, kas pasakyta, akivaizdu, kad taikant kognityvinę depresijos terapiją reikia gana daug dirbti ne terapinio susitikimo metu. Kiekvieną kartą skiriama namų užduotis. Dažniausiai pacientas turi atlikti kokias nors užduotis, kurios turėtų padėti įveikti depresijos simptomus. Be to, jis paprastai užsirašo automatines mintis. Patį metodą sudaro neigiamos kognicijos užrašymas viename stulpelyje, o racionalaus atsakymo – kitame.

Specifinės sunkumų sritys ir rekomenduojamos terapinės technikos aprašytos 1 lentelėje.

KOGNITYVINĖS MODIFIKACIJOS TAIKINIAI

Taikinys: inercija, vengimas, greitas nuovargis

Depresijai būdingas pasyvumas ir akivaizdus suglebimas kadaise buvo laikomi neurofiziologinio slopinimo forma: psichomotoriniu sulėtėjimu. Tačiau daugelis tyrimų ir klinikinė patirtis rodo, kad pacientas tampa aktyvesnis ir veikia efektyviai, kai eksperimentatorius arba terapeutas sužadina jo motyvaciją (Loeb ir kt., 1971; Friedman, 1964). Taigi specialiai pacientui sudarytu veiklos tvarkaraščiu stengiamasi sumažinti akivaizdų sulėtėjimą.

Racionaliai suplanuotos veiklos programa turi daug pranašumų. Kai kurie jų: a) keičiasi paciento Aš vaizdas. Pacientas jaučiasi

1 lentelė

TAIKINIŲ METODAS DEPRESIJAI GYDYTI

Specifinė sunkumų sritis (taikinys)	Paciento nurodomos priežastys	Terapinis metodas
I. Elgesio simptomai		
1. Neveiklumas 2. Užsidarymas 3. Vengimas	1. Per daug pavargęs ar silpnas 2. Nėra prasmės stengtis 3. Kuo nors užsiėmęs jausis blogiau 4. Kad ir kuo užsiimtų, vis tiek nepasiseks	1. Klausimai: Ką prarasite, jei pamėginsite? Ar pasyvumas atnešė naudos? Likdamas pasyvus, jausitės blogiau Iš kur jūs žinote? 2. Veiklos tvarkaraštis 3. Sunkėjančių užduočių programa 4. Kognityvinė repeticija

II. Suicidinės mintys	1. Nėra tikslo gyventi 2. Per daug nelaimingas, reikia pasitraukti 3. Našta kitiems 4. Negali įveikti įpareigojimų arba sunkumų	1. Parodyti ambivalenciją: a) suabejoti priežastimis, verčiančiomis rinktis mirtį b) sudaryti priežasčių gyventi sąrašą 2. Alternatyvų terapija: a) alternatyvūs požiūriai į sunkumus b) alternatyvūs veiksmai 3. Suskaidyti problemą į dalis, kurias galima įveikti po vieną
III. Beviltiškumas	1. Niekas nepadės 2. Tos pačios kaip savižudybės „priežastys"	1. Empirinis neigiamų prognozių klaidingumo demonstravimas 2. Suabejojimas „priežastimis"

1 lentelės tęsinys

IV. Pasitenkinimo stoka	1. Negali niekuo džiaugtis 2. Nėra pasitenkinimo 3. Veikla neturi prasmės	1.Nuimti „tamsius akinius" 2. Sėkmės ir malonumo terapija: ieškoti pasitenkinimo ir jį įvardyti 3.Tyrinėti tikslų prasmę 4. Įveikti „džiaugsmą žudančias mintis"
V. Savikritika Savęs nekentimas	1. Aš nenormalus, silpnas ir t. t. 2. Turėčiau būti adekvatesnis 3. Aš kaltas dėl sunkumų	1. Nustatyti ir užginčyti savikritikos argumentus 2. Vaidmenų žaidimas: užuojauta sau 3. Diskusija: „privalėjimų tironija" 4. Trijų stulpelių technika

VI. Kankinantis afektas	1. Negaliu ištverti kančios 2. Niekas negali man padėti jaustis geriau	1. Išblaškymas 2. Slenksčio pakėlimas ignoruojant afektą 3. Konfrontavimas humoru, pykčiu 4. Vaizduotės sužadinimas 5. Trijų stulpelių technika
VII. Išorės reikalavimų, sunkumų, įtampos perdėjimas	1. Aš nugalėtas 2. Reikia tiek daug padaryti, kad niekada to neįstengsiu	1. Problemų sprendimas a) sudaryti sąrašą dalykų, kuriuos reikia atlikti b) nustatyti prioritetus c) pažymėti įvykdytas užduotis d) konkretizuoti ir suskaidyti išorinius sunkumus 2. Kognityvinė repeticija

daugiau galintis ir ne toks netikęs. Gerėjant Aš vaizdui pacientas tampa optimistiškesnis; b) perkeliant dėmesį į veiklą, pacientas atitraukiamas nuo skausmingų, slegiančių minčių ir kankinančio afekto; c) kitų žmonių reakcijos į pacientą tampa palankesnės; jam svarbūs žmonės paprastai naudingai paskatina konstruktyvią paciento veiklą; d) paciento afektinė reakcija gali pasikeisti; jis pamėgsta veiklą ir dėl to jaučiasi geriau.

Labai svarbu iš pat pradžių sukurti veiklos motyvaciją. Be to, veikla turi turėti pacientui suprantamą tikslą – arba tokį tikslą, kurį pacientui galima išaiškinti. Veiklos motyvacijai sužadinti reikia gana daug terapeuto supratingumo ir įgūdžių. Visi, dirbę su depresiškais pacientais, žino, kad jie dažnai stengiasi tapti aktyvesni. Negana to, dažniausiai ir jų šeimos nariai bei draugai meilikaudami, stumdami arba įtikinėdami bergždžiai ragina juos tapti aktyvesniais. Šios pastangos paprastai nevaisingos, nes pacientas ir jį raginantieji nesupranta depresijos psichologijos.

Siekdamas išjudinti pacientą veiklai, terapeutas pirmiausia turi išsiaiškinti paciento neveiklumo priežastis. Kad surinktų šią informaciją, terapeutas gali rekomenduoti tam tikrą veiklą ar užduotį, kuri akivaizdžiai yra pacientui įveikiama. Kai pacientas išreiškia savo nenorą ar negebėjimą sutikti su pasiūlymu, terapeutas prašo paciento smulkiau paaiškinti nenoro priežastis. Šios „priežastys" tada traktuojamos kaip hipotezės, kurias reikia patikrinti specifine užduotimi.

Paprastai depresiški pacientai savo pasyvumą, inertiškumą ir priešinimąsi užduočiai aiškina tokiomis priežastimis: a) „Nėra tikslo stengtis"; b) „Negalėsiu to atlikti"; c) „Jei pamėginsiu, vis tiek nepasiseks, ir aš jausiuosi blogiau"; d) „Aš per daug pavargęs ką nors daryti"; e) „Daug lengviau nieko neveikti".

Dažniausiai pacientas neveiklumo priežastis laiko pagrįstomis ir tol, kol jų neišsako, jam neatrodo, kad jos gali būti klaidingos. Vėliau, terapeutui kartu su pacientu suplanavus užduotį, šių

„priežasčių" pagrįstumas patikrinamas. Jei pacientas pasiekia numatytą tikslą, terapeutas turi pabrėžti, kad patirta sėkmė prieštarauja klaidingai nuostatai (pavyzdžiui, kad pacientas per silpnas ką nors veikti).

Prieš sudarant užduotį, reikia ištirti ir aptarti simptomo prasmes ir konotacijas. Pavyzdžiui, viena iš nejudrumo konotacijų yra ta, kad pacientas „tingi". Jis linkęs laikytis tokio pat požiūrio, kaip ir aplinkui jį esantys žmonės. Dėl to jis, kaip ir jam svarbūs žmonės, kritikuoja save. Išjudindamas pacientą veiklai, terapeutas gali padėti pacientui kovoti su kritišku savęs vertinimu.

Kitas kognityvinio-bihevioristinio metodo etapas – tai paciento susidomėjimo arba smalsumo sužadinimas, kad jis sutiktų nors bendradarbiauti bandant atlikti paprastą užduotį. Tai galima pasiekti kitaip pateikiant tam tikrą užduotį, paaiškinant konkrečios veiklos tikslą, perteikiant pacientui idėją, kad egzistuoja ne tokia kankinanti blogos jo savijautos alternatyva – būtent, bendradarbiavimas su terapeutu, siekiančiu įtraukti jį į tam tikrą veiklą. Kai pacientas sutinka bendradarbiauti, galima taikyti daug verbalinių kognityvinių ir bihevioristinių metodų.

Kadangi depresija sergančiojo troškimas išvengti kasdienių darbų yra stiprus, o neigiami įsitikinimai įsišakniję, terapeutui svarbu aiškiai pareikšti pacientui, kad jis nesąmoningai save žlugdo ir dar labiau kankinasi, nesipriešindamas toms žlugdančioms nuostatoms ir pasiduodamas regresyviems troškimams. Terapeutas turi tiesiogiai ar netiesiogiai parodyti pacientui, kad, suabejodamas savo idėjomis, jis gali pasijusti geriau.

Labai svarbu, kad terapeutas savo klausimus ir tvirtinimus apie paciento prieš save nukreiptas idėjas ir troškimus formuluotų nepriekaištaudamas ir supratingai. Pacientas neturi manyti, kad terapeutas jį bara arba verčia gintis. Kadangi depresiški pacientai paprastai į „kritiką" reaguoja dar smarkesne kritika savo atžvilgiu ir dar didesniu sustingimu, terapeutas turi išgauti paciento reakciją

į savo teiginius; jis turėtų nustatyti, ar pacientas nenaudoja terapeuto komentarų „prieš save".

Be to, terapeutas turi budriai stebėti, kad jo teiginiai neskambėtų kaip reikalavimai remtis „pozityvaus mąstymo galia". Jis turėtų aiškiai nurodyti, kad kartu su pacientu stengiasi *tiksliai nusakyti* problemą ir rasti būdą iš jos išsivaduoti. Bendri raginimai „mąstyti pozityviai" retai padeda ištaisyti nepagrįstas neigiamas mintis ir tik dar labiau verčia pacientą jaustis nevykėliu.

Nusakęs savo pragmatinį metodą, terapeutas turi padrąsinti pacientą reikšti pritarimą ir nepritarimą. Šis metodas gali pasirodyti pernelyg aiškus ir paviršutiniškas, todėl galima pagrįstai pasiteirauti, kaip jis gali paveikti galingus regresyvius paciento troškimus ir neigiamas mintis. Tačiau dirbdamas su sergančiaisiais depresija, ne kartą su nuostaba patyriau, kaip nekritiškai jie priima savo nihilistines nuostatas ir troškimą vengti. Iškeldamas šias uždaras nuostatas tirti ir apsvarstyti, terapeutas suteikia progą pacientui jas pakeisti. Galutinis šios programos tikslas yra išmokyti pacientą nustatyti savo neigiamas mintis be terapeuto pagalbos. Supratęs, kaip šios automatinės mintys jį žlugdo, pacientas gali pats imti jomis abejoti. Vėliau jis gali jas ištaisyti, pakeisdamas racionalesnėmis reakcijomis (10 skyrius).

Kai kurie klausimai ir teiginiai, kurie, kaip pastebėjau, yra naudingi raginant pacientą tyrinėti savo įsitikinimus, o vėliau ir suabejoti jais, išvardyti toliau. Terapeutas neturėtų kelti retorinių klausimų ir kaskart duoti pacientui pakankamai laiko atsakyti.

Pacientas: Nėra prasmės stengtis.

Terapeutas: Jūs suprantate, kad neveiklumas niekur jūsų neveda. Jūs jau ilgokai taip elgiatės, tačiau nesijaučiate geriau. Ką prarastumėte, pamėgindamas elgtis kitaip?

Pacientas: Jei ką mėginsiu, pasijusiu blogiau.

Terapeutas: a) Ar jums atrodo, kad gulinėdamas pasijusite geriau?

b) Ar neveiklumas jums iki šiol yra padėjęs? c) Jei pasyvumas nepadėjo iki šiol, ar verta tikėtis, kad dabar bus kitaip? d) Tik išmėginęs ką nors kita, galite rasti progą jaustis geriau. Žinoma, galite pasijusti ir prasčiau, tačiau vienas dalykas aiškus: jei gulėsite kaip iki šiol, menkai tikėtina, kad nuotaika pagerės. e) Vengdamas veiklos, jūs tik kritikuojate save ir vadinate tinginiu, netikusiu, bejėgiu... Juk pastebėjote, kad nieko neveikimas tik padeda jums galvoti apie save kritiškai. Jūs darote save kankinančių minčių ir jausmų auka.

Pacientas: Aš to negaliu.

Terapeutas: a) Kaip galite būti toks tikras, kad neįstengsite atlikti šios užduoties, jei nepamėginote? b) Jei darysite po truputį, sugebėsite ir pabaigti.

Pacientas: Aš per daug pavargęs (per daug sergu), kad mėginčiau.

Terapeutas: Kartą pradėjęs, tikriausiai pastebėsite, kad tęsti lengviau, nei atrodo. Pamatysite, kad nuovargis jums netrukdo. Paleisti traukinį reikia tonų anglies, o riedėti juo – tik trupučio.

Kai terapeutas prasiskverbia pro paciento pasipriešinimą ir sužadina jo susidomėjimą, pereinama į kitą terapinės programos etapą. Terapeutas neturi pasitenkinti, sudaręs paprasčiausią kognityvinį disonansą, jis privalo užtikrinti, kad bet kokį diskusijų laimėjimą iš karto lydėtų veiksmas.

Terapinę programą galima suformuluoti kaip tokius žingsnius: a) specifinės užduoties pasiūlymas pacientui; b) priežasčių, kodėl prieštaraujama pasiūlymui, iškėlimas aikštėn; c) prašymas, kad pacientas pasvertų „priežasčių"(neigiamų nuostatų) pagrįstumą; d) parodymas pacientui, kodėl šios priežastys (arba nuostatos) jį žlugdo ir yra netinkamos; e) paciento intereso pamėginti atlikti pasiūlytą užduotį skatinimas; f) užduoties suplanavimas taip, kad paciento veiksmai patikrintų jo idėjų pagrįstumą. Sėkmingai baigta

užduotis prieštaraus paciento hipotezei, kad jis nesugeba jos atlikti; g) parodymas pacientui, jau turinčiam sėkmingos patirties, kad palankūs rezultatai prieštarauja jo prieš save nukreiptoms pranašystėms; h) „konstruktyvių" terapeuto pasiūlytų nuostatų apžvelgimas kartu su pacientu. Šiomis formuluotėmis vėliau pacientas gali naudotis, kovodamas su savo neigiamomis mintimis ir nuostatomis; i) paciento mokymas nustatyti neigiamas mintis, abejoti jomis ir rasti protingą atsaką joms. Šitai įgyvendinama, skiriant namų užduotis.

Pacientas į tris stulpelius rašo: a) situaciją, kuri sukėlė nemalonius jausmus; b) neigiamą automatinę mintį; c) neutralizuojantį atsaką į neigiamą mintį. Kaip galima sužadinti paciento susidomėjimą pasiūlant veiklą, kuri jam atrodo vargiai įmanoma, rodo toks atvejis.

Pacientas buvo penkiasdešimt dvejų metų vyras, kuris daugiau nei metus nesikėlė iš ligoninės lovos. Jis buvo gydytas daugeliu antidepresantų kursų, tačiau nė trupučio nepagerėjo. Susitikau su juo vienintelį kartą. Tuo metu pacientas sėdėjo ant kėdės greta savo lovos. Po parengiamosios įžangos ir įprastų mandagių frazių pokalbis klostėsi taip:

Terapeutas: Suprantu, kad jūs ilgą laiką nesitraukėte nuo savo lovos. Kodėl taip?

Pacientas: Negaliu vaikščioti.

Terapeutas: Kodėl taip... Ar jūsų kojos paralyžiuotos?

Pacientas (suirzęs): Žinoma, ne! Aš tiesiog neturiu energijos.

Terapeutas: Kas nutiktų, jei pabandytumėte vaikščioti?

Pacientas: Manau, nugriūčiau veidu į grindis.

Terapeutas: Ką pasakytumėte, jei aš tvirtinčiau, kad galite vaikščioti po visą ligoninę?

Pacientas: Pasakyčiau, kad jūs pamišęs.

Terapeutas: O ką, jei patikrintumėte?

Pacientas: Ką gi?

Terapeutas: Ar aš nepamišęs.

Pacientas: Prašom manęs nevarginti.

Terapeutas: Jūs sakėte, kad manote, jog negalite vaikščioti. Daugelis depresiškų žmonių taip mano, tačiau pamėginę pamato, kad jiems sekasi geriau, nei tikėjosi.

Pacientas: Aš *žinau*, kad negaliu vaikščioti.

Terapeutas: Kaip manote, ar įstengtumėte žengti keletą žingsnių?

Pacientas: Ne, man linksta kojos.

Terapeutas: Lažinuosi, jūs galite nueiti nuo čia iki durų [apie 5 metrus].

Pacientas: O kas, jei neįstengsiu?

Terapeutas: Aš jus pagausiu.

Pacientas: Aš tikrai per silpnas.

Terapeutas: Na štai, laikau jūsų alkūnę. [Tada pacientas žengė keletą žingsnių, prilaikomas terapeuto. Jis nuėjo daugiau nei paskirtus penkis metrus – ir niekieno nepadedamas. Tada pats grįžo prie savo kėdės.]

Terapeutas: Jums sekėsi geriau, nei tikėjotės.

Pacientas: Ko gero.

Terapeutas: O jei pereitumėte koridoriumi [apie 20 metrų]?

Pacientas: Žinau, kad neturiu jėgų eiti taip toli.

Terapeutas: Kaip toli, jūsų nuomone, galite nueiti?

Pacientas: Galbūt iki kitos palatos [apie 10 metrų].

Pacientas lengvai nuėjo iki kitos palatos ir iki koridoriaus galo. Terapeutas vis siūlė konkrečius tikslus ir stengėsi išgauti paciento atsaką į juos. Po kiekvienos sėkmingai įvykdytos užduoties buvo siūlomas vis ilgesnis atstumas.

Per 45 minutes pacientas pradėjo laisvai vaikščioti po palatą. Dabar jis galėjo „apdovanoti" save už padidėjusį veiklumą, atsigerdamas gazuoto vandens iš gėrimų automato. Vėliau, išplėtęs savo veiklą, jis ėmė vaikščioti po visą ligoninę ir susirado įvairių

poilsiui skirtų pramogų. Po kelių dienų jis žaidė stalo tenisą, lankėsi ligoninės bare ir greičiau nei po savaitės ėmė vaikštinėti po ligoninės teritoriją, džiaugdamasis gėlėmis, krūmais ir medžiais. Dar vienas savaiminis atpildas jam buvo palankios personalo narių ir kitų ligonių reakcijos. Pacientas pradėjo kalbėti apie save teigiamai ir konkrečiai rengtis išeiti iš ligoninės visam laikui. Šį tikslą jis pasiekė per mėnesį.

Šis atvejis rodo, kad įmanoma įveikti neigiamus paciento įsitikinimus. Patyręs sėkmę, pacientas ima žvelgti į save kitaip – iš ligotos, silpnos, nevisavertės būtybės tampa aktyviu žmogumi, gebančiu susirasti pasitenkinimo šaltinį. Jei pacientas nebūtų pakeitęs savo požiūrio į save ir lūkesčių, būtų buvę labai svarbu parodyti jam, kad tikrasis jo elgesys prieštarauja neigiamai jo nuomonei ir todėl nusipelno palankesnio vertinimo.

Skirdamas sudėtingesnes užduotis, terapeutas turi atsižvelgti į tai, kad pacientas turės neigiamų minčių apie kiekvieną užduoties žingsnį. Pacientas turėtų būti tinkamai parengtas įveikti ir neutralizuoti šias neigiamas mintis. Pavyzdžiui, pacientui buvo skirta užduotis pataisyti savo fonografą. Planuojant konkrečius šios užduoties žingsnius, jam kilo neigiamų minčių, kurios jį prislėgė (pavyzdžiui, „Nesugebėsiu susirasti atsuktuvo"). Šias mintis pacientas išsakė ir jos buvo aptartos („Kur jūs paprastai laikote atsuktuvą?"). Kai aptarus žlugdančias mintis pavyko jas įveikti, buvo aptartas kitas užduoties etapas ir su juo susijusios neigiamos mintys. Po tokios kognityvinės repeticijos pacientas įstengė įgyvendinti planą, todėl patyrė ne tik pasitenkinimą dėl atliktos užduoties, kurią laikė neįmanoma, bet ir malonumą, galėdamas klausytis savo žodžių įrašų.

Taikiniai – neviltis ir suicidinės mintys

Paklaustas, kodėl nori nusižudyti, pacientas paprastai atsako: a) „Nėra tikslo gyventi. Nebeturiu ko laukti"; b) „Jaučiuosi toks pasigailėtinas, kad tai vienintelis būdas išsigelbėti"; c) „Esu našta savo šeimai, pasitraukdamas jai padėsiu"; d) „Ateitis juoda"; e) „Vis tiek negaliu gauti to, ko noriu, kokia prasmė stengtis".

Atkreipkite dėmesį, kad visos šios nuostatos akivaizdžiai susijusios su neviltimi. Tipišku atveju pacientas laiko save įstrigusiu neišsprendžiamoje gyvenimo situacijoje, iš kurios nėra išeities (išskyrus savižudybę). Jei suicidines mintis lemia neviltis, galima panaudoti daug metodų, kad parodytmėme pacientui, jog: a) egzistuoja alternatyvūs jo gyvenimo situacijos ir ateities aiškinimai ir b) jis gali elgtis ir kitaip nei dabar, kai yra pakliuvęs į aklavietę. Šį metodą pavadinome „alternatyvų terapija".

Terapeutas neturėtų vengti klausinėti paciento, kodėl šis laiko savižudybę vienintele išeitimi iš savo kančių arba nepakeliamos gyvenimo situacijos. Dažniausiai pacientas yra apsvarstęs alternatyvius sprendimus, tačiau juos atmetęs kaip netinkamus. Terapeutas turėtų kartu su pacientu alternatyvas ištyrinėti iš naujo. Neretai pacientas nusprendžia nusižudyti, nes padaro išvadą, kad jam nebegalima padėti arba kad jo gyvenimas nebepasikeis. Tyrinėjant šias pagrindines prielaidas, galima padėti pacientui pereiti nuo destruktyvių minčių prie troškimo gyventi.

Paauglė pasisakė, kad ateitis jai atrodo labai niūri ir ji rimtai galvoja apie savižudybę. Kaip savižudybės priežastį ji nurodė tai, kad visą vaikystę jautėsi nelaiminga, o „sakoma, kad vaikystė yra laimingiausias laikotarpis žmogaus gyvenime". Todėl suaugdama ji tegalėjo tikėtis tik dar didesnio nelaimingumo. Man pasisekė su ja pasikalbėti apie tai, kad daugelis mano pažįstamų tvirtina, jog suaugę jie jaučiasi laimingesni nei vaikystėje. Pacientė nustebo tai išgirdusi.

Ji taip pat tvirtino, kad ateitis atrodo jai tuščia, nes ji negali pasiekti to aukšto lygio, kurį nusistatė meno srityje. Ji pralinksmėjo, kai pasakiau, kad daugelis žmonių, taip pat ir aš, yra laimingi, nors nemoka nupiešti net tiesios linijos. Ji išreiškė norą apsvarstyti lankstesnius reikalavimus sau. Taip pat ji sugebėjo suprasti, kad neišmintinga savo subjektyvią nuomonę apie savo meninius darbus taikyti sprendžiant apie viso gyvenimo vertingumą. Negana to, aš parodžiau jai, kaip smarkiai ji tapatinasi su savo darbu. Todėl, jei jos darbas nenusiseka, *ji* yra nevykėlė.

Po šio vienintelio pokalbio ji pertvarkė savo mąstymą. Po kelerių metų ji man papasakojo, kad neviltis ir suicidinės mintys jai daugiau nebekilo.

Už nevilties ir suicidinių polinkių slypinčias prielaidas galima išklibinti meistriškai klausinėjant. Tikslingai, bet draugiškai klausinėdamas terapeutas gali padėti pacientui suvokti, kad kai kurios jo prielaidos nesuderinamos tarpusavyje. Nesuderinamumo pripažinimas pajudina visą klaidingą įsitikinimų sistemą. Klausinėjimas turi bent paskatinti pacientą suvokti, kad jo prielaidos tėra *idėjos*, kurias galima tirti, o ne neginčytina tikrovė ar nepajudinami *faktai*.

Pavyzdys, kaip pacientas ima suvokti loginius neatitikimus savo įsitikinimų sistemoje, yra toliau pateikiamas pokalbis su neseniai nusižudyti mėginusia moterimi, kuri dar neatsisakė savo ketinimų. Ji nieko nebesitiki iš ateities, nes jos vyras neištikimas. Štai terapinių veiksmų iliustracija.

Terapeutas: Kodėl jūs norite baigti gyvenimą?

Pacientė: Be Reymondo esu niekas... Negaliu būti laiminga be Reymondo... O santuokos išgelbėti negaliu.

Terapeutas: Kokia buvo jūsų santuoka?

Pacientė: Ji buvo nelaiminga nuo pat pradžių... Reymondas visada buvo neištikimas... Per paskutinius penkerius metus retai jį matydavau.

Terapeutas: Sakote, kad be Reymondo negalėtumėte būti laiminga... Ar su Reymondu buvote laiminga?

Pacientė: Ne, mes visąlaik barėmės ir aš jaučiausi vis blogiau.

Terapeutas: Jūs sakote, kad be Reymondo esate niekas. Ar prieš sutikdama Raymondą taip pat jautėtės esanti niekas?

Pacientė: Ne, taip nesijaučiau.

Terapeutas: Jei taip nesijautėte prieš susipažindama su Reymondu, kodėl dabar jis jums reikalingas, kad nesijaustumėte esanti niekas?

Pacientė (sumišusi): Hmmm...

Terapeutas: Ar draugavote su vaikinais prieš susipažindama su Reymondu?

Pacientė: Tada aš buvau labai populiari.

Terapeutas: Kodėl jūs manote, kad dabar be Reymondo būsite nepopuliari?

Pacientė: Kadangi negalėsiu sudominti jokio kito vyro.

Terapeutas: Ar vyrai yra domėjęsi jumis, kai ištekėjote?

Pacientė: Daug vyrų apie mane sukosi, bet aš juos ignoravau.

Terapeutas: Kaip manote, jei būtumėte ne santuokoje, ar vyrai jumis domėtųsi – žinodami, kad esate laisva?

Pacientė: Manau, kad galbūt taip.

Terapeutas: Galbūt galėtumėte susirasti vyrą, kuris būtų pastovesnis už Reymondą?

Pacientė: Nežinau... Galbūt ir taip.

Terapeutas: Sakote, kad jums nepakeliama mintis apie santuokos nutrūkimą. Ar teisybė, kad jūs beveik nematydavote savo vyro pastaruosius penkerius metus?

Pacientė: Taip, sutikdavau jį tik porą kartų per metus.

Terapeutas: Ar yra kokių nors šansų, kad jūs vėl būsite kartu?

Pacientė: Ne... Jis turi kitą moterį. Jis manęs nenori.

Terapeutas: Tada ką iš tikrųjų jūs prarandate, nutraukdama santuoką?

Pacientė: Nežinau.

Terapeutas: Ar gali būti, kad jums seksis geriau, jei santuoka baigsis?

Pacientė: Nėra jokių garantijų.

Terapeutas: Ar jūsų *santuoka tikra*?

Pacientė: Manau, kad ne.

Terapeutas: Jei jūsų santuoka netikra, ką jūs iš tikrųjų prarandate, jei nusprendžiate ją nutraukti?

Pacientė (ilga pauzė): Ko gero, nieko.

Po šio pokalbio pacientė tapo linksmesnė ir atrodė, kad ji įveikė suicidinę krizę. Kito susitikimo metu ji pareiškė, kad akis jai atvėrė būtent šis argumentas: kaip ji gali būti „niekas" be Reymondo, jei laimingai gyveno ir buvo normali asmenybė iki jį pažindama? Galiausiai ji išsiskyrė ir pradėjo stabilesnį gyvenimą.

Šiuo atveju „alternatyvų terapija" buvo pagrįsta suabejojimu jos klaidingais įsitikinimais, jog: a) kad būtų laiminga, galėtų funkcionuoti ir turėtų tapatumą, jai reikalingas jos vyras; b) kažkokiu būdu santuokos pabaiga taps jos kelio pabaiga, tai siaubingas praradimas; c) be savo vyro ji neturi ateities. Pacientė sugebėjo įžvelgti savo įsitikinimų klaidingumą ir todėl suvokė, kad turi ir kitų galimybių, ne vien mėginti išsaugoti suirusią santuoką arba nusižudyti. Kitais atvejais pats terapeutas turi nusakyti realistines prieš save nukreiptų veiksmų alternatyvas.

Kad neviltis yra esminis suicidinių mėginimų ir suicidinių minčių veiksnys, įrodyta daugeliu sisteminių tyrimų (Minkoff, Bergman, Beck ir Beck, 1973; Lester ir Beck, 1975; Beck, Kovacs ir Weissman, 1975; Wetzel, 1976). Sisteminis tyrimas taip pat parodė, koks psichoterapiškai vertingas tiesioginis susitelkimas į paciento nurodomas suicidinių ketinimų *priežastis* (Kovacs, Beck ir Weissman, 1975).

Taikydamas „alternatyvų terapiją", terapeutas turi turėti galvoje

paprastai nemenką paciento pesimizmą, į kurį atsitrenkia bet kurios siūlomos konstruktyvios alternatyvos. Kadangi pacientas į galimus pasirinkimus žvelgia per neigiamai iškreipiančią prizmę, terapeutas neturi atsitraukti, kai jam atrodo, kad pacientas visiškai atmeta planą. Savižudybės kaip išsigelbėjimo priemonės pasirinkimas dažnai yra pagrįstas nerealistiškai neigiamu kitų pasitraukimo formų (pavyzdžiui, vaistų, gydymo ligoninėje, atostogų, laikino nusišalinimo) vertinimu.

Taikinys – savęs kritikavimas ir kaltinimas

Depresiškas pacientas, kaip ir kiti žmonės, ieško savo sunkumų priežasčių. Pagal savo priežastingumo sampratą depresiškas pacientas sunkumų priežastimi linkęs laikyti save. Priežasčių ieškojimas savyje gali pasiekti absurdiškus kraštutinumus: kai pacientui pasakoma, kad savęs kaltinimas neadaptyvus, jis kaltina save dėl kaltinimų sau. Savęs kritikavimas įgyja tvirtinimų pavidalą: „Aš niekam tikęs; aš nevykėlis; tai mano paties kaltė". Žinoma, šios idėjos tik verčia pacientą jaustis blogiau.

Kognityvinį metodą, įveikiant nuolatinį savęs kritikavimą, pirmiausia sudaro pastangos padėti pacientui jį suvokti. Paprastai šitai nesunku, nes save iškritikavęs pacientas jaučiasi blogiau; taigi, kai jis išgyvena disforiją, kad suvoktų, jog save kritikuoja, jam tereikia atkurti prieš tai buvusias mintis.

Kitas žingsnis – tai padidinti paciento objektyvumą dėl neapykantos sau. Šis žingsnis lemiamas, nes pacientas paprastai mano, kad kritika sau yra teisinga. Vienas metodų galėtų būti užduoti tokį klausimą: „Tarkime, aš padariau tokių pačių klaidų, kaip ir jūs. Ar jūs mane už tai niekinsite?" Kadangi pacientas pripažįsta, kad kitam asmeniui nebūtų toks griežtas, jis gali suvokti, kokia perdėta yra jo kritika sau. Lengva ir vidutinio sunkumo depresija sergantieji gali pripažinti savęs kritikavimo žalingumą, jei terapeutas,

pavyzdžiui, sako: „Kaip, jūsų manymu, aš dirbčiau, jei kas nors stovėtų man už nugaros, vertindamas arba kritikuodamas viską, ką padarau?... Iš esmės jūs pats to nenorėdamas elgiatės taip pat... Viskas baigiasi tuo, kad jūs ne tik jaučiatės blogai, bet ir negalite normaliai dirbti. Jūs pastebėsite, kad jausitės laisvesnis ir jums seksis geriau, jei pasistengsite nekreipti dėmesio į savęs vertinimus".

Greičiau įgyti objektyvesnį požiūrį į savęs kritikavimo iracionalumą ir žalingumą kartais padeda vaidmenų žaidimai. Terapeutas, pavyzdžiui, vaidina pacientą tokį, kaip šis save supranta: nevykusį, niekam netinkamą, silpną. Pacientas mokomas būti griežtu kritiku, kuris žodžiais puola „pacientą" kiekvieną kartą, kai šis parodo ar pripažįsta, kad save kaltina. Įgudęs terapeutas gali vaidinti taip, kad atskleistų paciento iškraipymus ir šališkas išvadas. Jei pacientas gerai įsijaučia į kritiko vaidmenį, jis gali kartu ir vaidinti demaskuotoją, ir suprasti, kokie perdėti yra neigiami vertinimai.

Tiesiogiai savęs kritikavimą galima paveikti, mokant pacientą atpažinti su savęs nuvertinimu besiribojančias automatines mintis. Pacientas išmoksta suabejoti šių neigiamų minčių pagrįstumu ir pakeisti jas tikroviškesniu savęs vertinimu. „Trijų stulpelių" technika, apie kurią kalbėta anksčiau, padeda pacientui tiksliai įvardyti neigiamą mintį ir nustatyti, kodėl ji klaidinga ar neadaptyvi. Atliekant tokius „namų darbus" įgyvendinamos terapinio pokalbio metu suformuluotos strategijos.

Taikinys – kankinantis afektas

Dėl psichinio skausmo intensyvumo sergant depresija svarbu kuo greičiau apmalšinti paciento liūdesį ir kitus afektinius sutrikimus. Depresiški pacientai dažnai sako, kad jokie įprasti pasitenkinimo šaltiniai jiems nebeteikia malonumo. Kaip sako Costello (1972), pacientas „neteko veiksmingo pastiprintojo".

Įvairiais būdais galima priversti pacientą jausti gailestį sau,

verkti ar nuoširdžiai juoktis. Toks patyrimas padeda tirpinti sustingusį afektą. Sustingusio afekto „atšildymas" yra esminis sunkios depresijos gydymo technika. Skatinant pacientą išreikšti nemalonius jausmus žodžiais ar ašaromis, jų intensyvumas kartais sumažinamas ir pacientas ima jaustis gyvesniu, „vientisesniu žmogumi". (Žinoma, kai kurie pacientai po emocinės iškrovos jaučiasi prasčiau; taigi tokius metodus reikia taikyti atsargiai.)

Ėmęs verkti pacientas gali save užjausti. Taigi jo kognityvinės nuostatos savo atžvilgiu iš atstūmimo ir žeminimo virsta užuojauta. Užuojauta sau nesuderinama su kaltinimais.

Gailesčio sau jausmą galima laikyti analogišku tai empatijai, kurią jaučiame skriaudžiamiems ar nelaimingiems veikėjams, žiūrėdami filmą. Žiūrovai apsiašaroja arba kūkčioja, nes nelaimingas veikėjas jiems *rūpi*. Panašiai jausdami nuoširdų gailestį sau depresiški pacientai mažiau save kritikuoja (Efran, 1973). Procesą galima paspartinti įvairiais būdais. Istorija apie kitą nelaimingą žmogų, turintį panašių sunkumų, su kuriuo pacientas gali susitapatinti, dažnai sužadina jo užuojautą. Užuojauta kitam tokioje pačioje padėtyje esančiam žmogui padeda pacientui palankiai pažvelgti ir į save. Draminiai metodai, pavyzdžiui, vaidmenų žaidimai, kurių metu terapeutas imasi savo depresiško paciento vaidmens, taip pat gali padėti pacientui pakeisti kognityvines nuostatas iš kritiškų į užuojautos.

Kai kurie terapeutai ypač gerai moka pralinksminti. Tokią reakciją terapeutas gali sukelti demonstruodamas ironiškus situacijos aspektus. Depresiški pacientai, kurie nereaguoja į įprastą humorą, vis dėlto gali būti išsaugoję jautrumą ironijai. Pralinksmėjimas gali būti laikinas priešnuodis liūdesiui, nes jam reikalinga kognityvinė nuostata, nesuderinama su kaltinimais sau ir pesimizmu.

Lengvos ar vidutinio sunkumo depresijos atvejais paciento pykčio išreiškimas kartais gali sužadinti neapibrėžtą teigiamą afektą – galbūt todėl, kad jis padeda savęs kaltinimo nuostatas pakeisti kitų

kaltinimu. Tikėtina, kad išreiškęs pyktį pacientas pradės laikyti save efektyvesniu asmeniu. Pykti ne tik maloniau nei liūdėti, pyktis turi galios, viršenybės ir valdžios konotacijas. Subtiliai išreikštas pyktis dažnai yra veiksmingas kitų žmonių elgesio kontroliavimo ar keitimo būdas. Taigi pykčio išreiškimas turi kognityvinių pasekmių: pacientas ima suvokti save palankiau. Tačiau į pykčio reiškimą pacientai dažnai žiūri neigiamai, be to, tai gali išprovokuoti kitus žmones. Taigi tai nėra patikima terapinė priemonė.

Galiausia galima mėginti padidinti paciento disforijos slenkstį. Pavyzdžiui, terapeutas ir kiti pacientui svarbūs žmonės gali atitraukti pacientą nuo savo liūdesio tyrinėjimo ir stebėjimo, įtraukdami jį į kokią nors įdomią veiklą. Veiklos negalima parinkti vienašališkai, ją reikia planuoti kartu, dažnai parodant nemažai išradingumo.

Terapeutas gali paaiškinti pacientui, kad įmanoma pakelti psichinio skausmo slenkstį, ignoruojant nemalonius jausmus. Terapeutas taip pat gali pasakyti, kad paprastai nemalonūs jausmai kaupiasi, kol pasiekia viršūnę, ir tada susilpnėja. Kai nemalonus jausmas stiprėja, pacientas gali numatyti, kad jis tikriausiai netrukus susilpnės. Gebėjimas numatyti net laikiną disforijos palengvėjimą sumažina bejėgiškumą ir pažeidžiamumą. Net laikino atokvėpio laukimas daro kančią lengviau pakeliamą.

Sėkmės ir malonumo terapija. Kitas svarbus taikinys yra pasitenkinimo stoka. „Pastiprinimo efektyvumo" praradimą galima paaiškinti teoriškai: dėl neigiamų kognityvinių nuostatų pacientui sunku savo patyrimui priskirti teigiamą prasmę. Nepaisant to, yra klinikinių duomenų, kad depresiškas pacientas iš tikrųjų patiria daugiau malonių dalykų, nei gali prisiminti arba papasakoti, kai yra klausiamas (Rush, Khatami ir Beck, 1975). Jo atminties selektyvumą nulemia tokia nuostata: „Daugiau niekada niekuo nesidžiaugsiu". Šią nuostatą sustiprina nesugebėjimas integruoti malonių potyrių. Taigi malonumai trunka tik akimirką, o vyrauja nemalonių potyrių

prisiminimai. Kai pacientas nori sistemingai surašyti dienos įvykius ir įvertinti juos pagal tai, kuris suteikė daugiausiai pasitenkinimo, paprastai atrandama, kad jis išgyveno daug daugiau malonaus patyrimo, nei manė.

Yra daug būdų padaryti pacientą jautresnį teigiamam patyrimui. Kad būtų lengviau prisiminti malonius įvykius, terapeutas gali pasinaudoti pacientui svarbaus asmens pagalba. Pavyzdžiui, nustatėme, kad paciento sutuoktinis gali papasakoti apie neseniai įvykusius malonius dalykus, kuriuos maloniais laikė ir ligonis, tačiau kurių vėliau jis negalėjo prisiminti be pagalbos. Terapinio pokalbio metu atgaivinami prisiminimai smarkiai pagerina paciento nuotaiką (Rush, Khatami ir Beck, 1975).

Kitas būdas – tai prašyti paciento kas valandą užsirašyti, ką jis veikia. Paskui prašydavome paciento įvertinti šią veiklą pagal pasitenkinimą, kurį ji teikė, ir pagal patirtą sėkmę. Nustatėme, kad kai pacientai suvokia, kiek iš tikro kartų jiems yra pasisekę ar buvę malonu, jų pasitenkinimas tampa pastovesnis. Sėkmės potyrių pripažinimas, įvardijimas ir prisiminimas itin svarbus stiprinant paciento kompetentingumo ir gebėjimo įveikti jausmą. Mėgindamas įveikti keblias problemas, pacientas sutelkia savo galias. Jei paskui sisteminio kodavimo būdu jis gali integruoti sėkmingą patyrimą, jo Aš vaizdas darosi teigiamesnis. Sėkmės potyrių galima numatyti ir sudarant sudėtingėjančių užduočių programą.

Užsidaręs, depresiškas studentas kartu su terapeutu sudarė sąrašą užduočių, kurias išdėliojo pagal sunkumą arba keliamą įtampą. Per pirmą savaitę studentui buvo „skirtos" tokios vis sunkėjančios užduotys: a) knygyne nusipirkti knygas studijoms; b) valandą per dieną mokytis bibliotekoje; c) paskambinti keletui senų draugų; d) sudaryti trumpą vis atidėlioto straipsnio planą; e) bibliotekoje surinkti straipsniui būtiną literatūrą; f) parašyti pirmąjį straipsnio variantą.

Nors šios užduotys gali atrodyti įprastinės, sėkmingas jų

užbaigimas buvo tikras triumfas pacientui, kuris po ilgo laiko pirmą kartą patyrė pasitenkinimą.

Terapeutas gali mėginti paciento gyvenimą padaryti teikiantį daugiau pasitenkinimo, sudarydamas sąrašą užsiėmimų, kurie prieš susergant depresija pacientui teikdavo malonumą, tačiau kuriuos jis užmetė. Lewinsohn (1974b) kompiuteriu atrinkdavo dešimt užsiėmimų, kurie labiausiai koreliuodavo su gera paciento nuotaika, o paskui apdovanodavo pacientą ilgesniu terapiniu susitikimu, atitinkančiu laiką, kurį šis būdavo skyręs tai maloniai veiklai. Taigi terapijos laiką jis naudodavo kaip atpildą už didesnį aktyvumą.

„Atpildą" už sudėtingėjančių užduočių atlikimą gali skirti draugas arba giminaitis, kuris pacientui, sėkmingai pabaigusiam užduotį, pritaria arba jį pagiria (Gathercole, 1972). Atviras savęs paskatinimas gali taip pat padidinti sudėtingėjančių užduočių vertingumą. Pacientas gali skatinti save, kasdienės veiklos ataskaitoje skirdamas įvertinimą „A" kiekvienam pasiektam tikslui (Rush, Khatami ir Beck, 1975), pagirdamas save už atliktą mėgstamą darbą arba simboliškai apdovanodamas save, pavyzdžiui, išdalydamas skirtą pokerio žetonų skaičių (Jackson, 1972).

Dažnai naudinga paraginti pacientą apžvelgti savo gyvenimą, atkreipiant dėmesį į sėkmės ir malonumo išgyvenimus. Pacientas – ir terapeutas – kartais susijaudina, supratęs, kad prieš susirgdamas depresija gyveno gana sėkmingą ir malonų gyvenimą. Tačiau atkurdamas visą praeities paveikslą dėl neigiamų kognityvinių nuostatų jis buvo išbraukęs teigiamą patyrimą.

Praeities epizodai, kalbantys apie sėkmę arba malonumą, gali būti atgaivinti vaizduotės būdu. Pacientui nurodoma įsivaizduoti tam tikrus teigiamus epizodus, tarsi jie vyktų dabar, kad jis galėtų vėl patirti malonų tikrojo epizodo jausmą. Įveikiant paciento polinkį įvykius aiškinti nepalankiai buvo taikomos ir kitos vaizduotės technikos . „Laiko projekcijos" technika (Lazarus, 1968; Beck, 1970b)

buvo taikoma suteikiant tolimesnę perspektyvą dabartinei „traumuojančiai" situacijai. Kai pacientas liūdi dėl dabartinės padėties, jo prašoma įsivaizduoti situaciją įvairiais ateities laikotarpiais. Kai problema įsivaizduojama iš ateities perspektyvos, ji dažnai sumažėja iki realaus mastelio.

Nors vaizduotės sužadinimo technikų negalima taikyti visais depresijos atvejais, jos dažnai yra naudingos. Kai kuriais atvejais pakartotinis traumuojančio įvykio įsivaizdavimas gali palengvinti su juo susijusį stresą. Kitais atvejais pakartotinis numatomo įvykio įsivaizdavimas gali sumažinti nerimą dėl būsimos nelaimės iki realistinio masto (Beck, 1967).

IŠORĖS REIKALAVIMŲ PERDĖJIMAS

Daugeliui depresiškų pacientų atrodo, kad kasdienės jų gyvenimo bėdos juos yra nugalėjusios. Kai kurios pareigos, kurios, nesergant depresija, atrodė įdomios, dabar atrodo „nepakeliama našta". Kai kurie pacientai gali jaustis tokie sutriuškinti šios „nepakeliamos naštos", kad apie savižudybę galvoja kaip apie vienintelę galimą išeitį. Tačiau kai sunkumai aptariami, paaiškėja, kad pacientas smarkiai perdėjo jų dydį ir svarbumą. Tyrinėdamas racionaliai pacientas gali atgauti perspektyvą ir pradėti svarstyti, ką ir kaip daryti. Paprastai terapeutas turi pavadovauti pacientui, padėdamas jam susirašyti savo pareigas, nustatyti prioritetus ir sudaryti tinkamą veiksmų planą.

Kadangi planą įgyvendinti gali sukliudyti pacientą žlugdančios mintys, šioms mintims atskleisti terapeutas turėtų pritaikyti anksčiau aprašytą kognityvinės repeticijos metodą. Pavyzdžiui, depresija serganti namų šeimininkė jautėsi paralyžiuota vien minties apie apsipirkimą. Kartu su paciente sudaręs pirkinių sąrašą, terapeutas pasiūlė jai įsivaizduoti apsilankymą prekybos centre.

Pacientė įsivaizdavo, kad kaskart, kai mėgindavo pasirinkti prekę, jai sutrukdydavo neryžtingumas. Nustatėme, kad neryžtingumą sukėlė mintys, jog ji pasirinks netinkamai. Kai šias abejones savimi aptarėme per terapinį susitikimą, ji sugebėjo įsivaizduoti save sėkmingai įsigyjančią kiekvieną daiktą iš pirkinių sąrašo. Ji jautėsi daug optimistiškiau ir iš tiesų apsipirko sėkmingai[2].

Kognityvinės ir elgesio terapijos rezultatų tyrimai

Trys pacientai, sergantys lėtine pasikartojančia depresija, buvo gydomi derinant kognityvinius ir elgesio metodus. Pagrindinis elgesio keitimo būdas buvo veiklos tvarkaraščių naudojimas. Kognityvinį metodą sudarė paciento neigiamai iškreipto suplanuotos veiklos suvokimo atskleidimas ir koregavimas. Nors šiems pacientams medikamentinė terapija iš esmės nepadėjo, jų būklė po kognityvinės ir elgesio terapijos greitai ir stabiliai pagerėjo. Tai rodo jų būklės vertinimas pagal Hamiltono ir Becko skalę (Rush, Khatami ir Beck, 1975).

Pastarųjų metų elgesio terapijos naujovės gydant depresiją taip pat pirmiausia yra aiškios struktūros ir direktyvios technikos (literatūros apie kognityvinius ir bihevioristinius metodus apžvalga pateikiama: Beck ir Grinberg, 1974). Nemaža įvairių atvejų aprašymų, analoginių ir teorinių studijų patvirtino kognityvinių ir elgesio technikų naudingumą (Beck, 1974; Lewinsohn, 1974b; Lewinsohn ir Atwood, 1969; Lewinsohn, Shaffer ir Libet, 1969; Lewinsohn ir Shaw, 1969; Lewinsohn, Weinstein ir Alper, 1970; Seitz, 1971; Wahler ir Pollio, 1968). Tačiau kiekybinių rezultatų ir duomenų apie vėlesnius stebėjimus skelbiama mažai (Rardin ir Wetter, 1972). Naujausiuose straipsniuose, kuriuose teigiama, kad palaikomoji terapija yra gana neveiksminga, palyginti su

[2] Šis atvejis ir vaizduotės sužadinimo technika detaliau aptariama Beck knygoje (1967), p. 329–330.

antidepresantais, skiriamais depresijos simptomams slopinti, būtinybė tobulinti terapinius metodus nepakankamai įvertinama (Klerman ir Weissman, 1974).

Eksperimentinis Tayloro tyrimas (1974) labai skatina toliau tobulinti kognityvinius ir elgesio keitimo metodus. Jis taikė keletą terapinių metodų studentams savanoriams, kurių depresijos skalės įvertinimai buvo aukšti. Kiekvienoje grupėje buvo po septynis tiriamuosius. Kiekvienas studentas buvo gydomas tris savaites du kartus per savaitę. Silpnai ir vidutiniškai depresiškų studentų, kuriem taikyta *arba* kognityvinė, *arba* elgesio terapija, būsena pagerėjo ir reikšmingai skyrėsi nuo kontrolinės grupės negydytų studentų būsenos. Be to, kognityvinės ir elgesio terapijos *derinys* buvo daug veiksmingesnis už kiekvieną gydymo metodą atskirai.

Kiekybinis Shaw tyrimas (1974) rodo, kad kognityvinė terapija yra veiksminga poliklinikų pacientams. Jis taikė kognityvinius metodus depresiškiems pacientams, kuriuos šeimos gydytojai, nepadėjus įprastam gydymui, siųsdavo pas poliklinikų psichiatrus. Jis gydė pacientus individualiai du kartus per savaitę; iš viso skirdavo 10 susitikimų. Penktos savaitės pabaigoje šešių pacientų iš septynių būklė labai pagerėjo, vėlesniais stebėjimais po 10 savaičių nustatyta, kad vidutiniai depresiškumo įvertinimai neviršijo minimalaus depresijos lygio.

Shaw (1975) panašius rezultatus gavo taikydamas trijų rūšių terapiją koledžo studentams, kurie kreipėsi į studentų polikliniką dėl depresijos. Jis atsitiktine tvarka parinko po aštuonis studentus į kognityvinės terapijos, elgesio terapijos, nedirektyviosios terapijos ir laukiančių terapijos studentų kontrolinę grupę. Terapinės grupės susitikdavo dviem valandoms du kartus per savaitę keturias savaites (iš viso aštuoni susitikimai). Po pabaigoje atlikto testo paaiškėjo, kad terapinių grupių pacientų būklė pagerėjo daug labiau nei laukiančių terapijos studentų grupės. Kognityvinės terapijos grupės studentų būklė pagerėjo beveik dvigubai labiau

negu elgesio terapijos grupės, matuojant Depresijos klausimynu (nuo 29,0 iki 12,2 ir nuo 26 iki 17). Šis skirtumas buvo statistiškai reikšmingas.

Mūsų Pensilvanijos universiteto tyrėjų grupė atliko seriją tyrimų aiškindamasi kognityvinės terapijos veiksmingumą lėtine ir periodine depresija sergantiems į savižudybę linkusiems poliklinikos pacientams. Dviejuose sisteminiuose tyrimuose terapeutai buvo psichiatrai rezidentai. Pacientai sirgo sunkiai gydoma vienpole depresija. Vidutinė ligos trukmė nuo pirmojo depresijos epizodo buvo aštuoneri metai, o vidutinė dabartinio epizodo trukmė – šeši mėnesiai. Visų pacientų būklė iki siunčiant į mūsų kliniką gerėjo nepatenkinamai. Tirdami pirmuosius 23 pacientus, kuriuos gydė šeši psichiatrai rezidentai (ilgiausiai – 20 terapinių susitikimų per 20 savaičių), nustatėme, kad gydymą baigusių pacientų būklė pagerėjo 70 procentų. Remdamiesi savo patyrimu galime tvirtinti, kad trumpesnį laikotarpį trunkantys dažnesni vizitai gali duoti geresnių rezultatų.

Kitas 31 poliklinikos paciento tyrimas buvo sumanytas kaip kontrolinis mūsų psichoterapijos palyginimas su žinomo efektyvumo antidepresanto (imipramino) poveikiu. Priešingai pirmajam tyrimui, su šio tyrimo pacientais buvo susitinkama dukart per savaitę ilgiausiai 12 savaičių. Baigiantis terapijai susitikimai retėjo. Nustatėme keletą įdomių dalykų:

1. Psichoterapinės ir chemoterapinės grupės nariai greitai ir panašiai sureagavo į gydymą. Po 12 savaičių 10 iš 12 pacientų, kuriems buvo taikoma psichoterapija, pasveiko, vieno būklė labai pagerėjo, o vieno – pagerėjo šiek tiek. Iš psichoterapinės grupės nenubyrėjo nė vienas pacientas, tuo tarpu penki iš 18 chemoterapijos pacientų dėl šalutinio poveikio ar kitų priežasčių gydymo nebaigė.

2. Psichoterapinės grupės pacientai nevilties atsikratydavo greičiau nei vaistais gydomi pacientai. Kadangi neviltis yra suicidinės

rizikos rodiklis, tikėtina, kad psichoterapija buvo veiksmingesnė už chemoterapiją trumpinant suicidinės rizikos laikotarpį.

3. Per pirmąsias šešias gydymo savaites dukart per savaitę gydomų pacientų būklė gerėjo du kartus greičiau už kartą per savaitę gydytų mūsų pirmojo tyrimo pacientų.

4. Pakartotinai tiriant po 6 mėnesių nustatyta, kad psichoterapiškai gydytų pacientų būklės pagerėjimas išliko, be to, klinikiniu požiūriu jie buvo pažengę labiau nei vaistais gydyti pacientai (Rush, Beck ir kt., 1975).

Apibendrindami galime tarti, kad kognityviniams iškraipymams šalinti ir neadaptyvioms nuostatoms keisti galima taikyti labai įvairius metodus. Naujieji tyrimai, kuriuose dalyvaudavo ir kontrolinė grupė, rodo šių metodų efektyvumą ir žada empiriškai pagrįstos depresija sergančiųjų psichoterapijos tobulėjimą ir bendrą pripažinimą.

12 Kognityvinės terapijos statusas

Visos krizės prasideda nuo paradigmos išskydimo ir iš to išplaukiančio normalaus tyrimo taisyklių nesilaikymo... Krizė baigiasi, kai atsiranda nauja kandidatė į paradigmas ir kyla mūšis dėl jos pripažinimo.

Thomas S. Kuhn

PSICHOTERAPIJOS VERTINIMAS: KAI KURIE KRITERIJAI

Ar psichoterapijos formų pertekliaus laikais atsiras vietos kognityvinei terapijai? Ar pakankamai gerai populiarios nūdienos psichoterapijos formos atitinka esamus standartus? Ar kognityvinė psichoterapija yra žingsnis į priekį psichoterapijos evoliucijoje, ar tik dar viena atmaina, kuriai lemta greitai išnykti?

Prieš vertindami psichoterapijos formas, turėtume atskirti psichoterapijos sistemą nuo paprastos metodų grupės. Psichoterapijos sistema apima ir psichologinių sutrikimų, kuriuos tvirtina gydanti, aiškinimo teoriją, ir aiškią bendrųjų gydymo principų ir specifinių procedūrų schemą. Gerai išvystytą sistemą sudaro: a) išsami psichopatologijos teorija arba modelis[1] ir b) detalus su šia teorija susijusių terapinių metodų aprašas arba vadovas.

[1] Atsižvelgiant į šio aptarimo tikslus „teorija" ir „modelis" nėra aiškiai atskiriami. Išsamų geros teorijos ypatybių apibūdinimą pateikia Epstein (1975).

Psichopatologijos teorijų vertinimo kriterijai

1. Teorija turėtų tenkinti bet kuriai gerai mokslinei teorijai keliamus reikalavimus, t. y. savo srities reiškinius ji turi aiškinti kuo paprasčiau. Pagal ekonomiškumo dėsnį, geriausia teorija paaiškina daugiausiai duomenų paprasčiausiomis sąvokomis. Be to, teorijoje neturėtų būti vidinių prieštaravimų, o pagrindinės jos prielaidos ir hipotezės turėtų logiškai derėti tarpusavyje.

2. Psichopatologijos teorija turėtų glaudžiai sietis su gimininiška psichoterapijos forma tokiu būdu, kad būtų akivaizdu, kaip psichoterapijos principai logiškai išvedami iš teorijos.

3. Teorija turėtų būti pagrindas suprasti, kodėl ja besiremiantys psichoterapiniai metodai yra veiksmingi. Terapijos principai ir veikimo būdas turėtų būti numanomi iš teorijos. Kitais žodžiais tariant, teorija turėtų tinkamiau už alternatyvias teorijas paaiškinti terapinį efektą. Medicinos istorijoje gausu veiksmingų gydymo metodų, pagrįstų klaidingomis teorijomis ar prietarais, pavyzdžių.

4. Teorija turėtų būti pakankamai lanksti, kad būtų įmanoma kurti naujus metodus, tačiau ne tokia plati ar sudėtinga, kad būtų lengvai pateisinama bet kokia jos įkvėpto terapeuto improvizuota procedūra.

5. Svarbus reikalavimas moksliniam modeliui yra kuo svaresnis jo pagrindimas patikrintais faktais. Panaši ypatybė – kuo geresnės galimybės tikrinti teorijos prielaidas, aksiomas ir hipotezes, atliekant sistemingus tyrimus ir eksperimentus.

Psichoterapijos sistemų vertinimo kriterijai

1. Psichoterapinių procedūrų sistema turėtų būti gerai apibrėžta ir aiškiai bei tiksliai aprašyta.

2. Bendrieji gydymo principai turėtų būti suformuluoti pakankamai

apibrėžtai, kad įvairūs psichoterapeutai, gydydami tuos pačius sutrikimus turinčius panašius pacientus, rinktųsi panašius metodus. Be to, psichoterapijos schema turėtų būti pakankamai aiški ir išsami, kad psichoterapeutas naujokas nebūtų priverstas elgtis kaip automatas, kiekvienam pacientui taikydamas tiksliai tą pačią formulę.

3. Gydymo principų pagrįstumą turėtų patvirtinti empiriniai duomenys. Jei, pavyzdžiui, psichoterapija yra pagrįsta numanomo trauminio vaikystės ar kūdikystės epizodo „pakartotiniu išgyvenimu", turėtų būti duomenų, kad: a) toks epizodas iš tiesų buvo; b) jis buvo traumuojantis; c) jis turi įtakos esamiems paciento sunkumams; d) epizodo išgyvenimas iš naujo padės pacientui išspręsti esamus savo sunkumus.

4. Gydymo veiksmingumas turėtų būti įrodytas empiriniais duomenimis, pavyzdžiui: a) analoginiais tyrimais, kuriuose kai kurios procedūros, analogiškos arba identiškos šio gydymo procedūroms, pritaikomos eksperimento subjektams gerai kontroliuojamomis sąlygomis; b) kruopščiai ištirtais pavieniais atvejais, kai atliekami kiekybiniai matavimai pažangai įvairiuose gydymo etapuose ir paskesniuose tyrimuose įrodyti; c) gerai suplanuotais terapiniais bandymais, kuriuose dalyvauja kontrolinės grupės, atliekami kiekybiniai matavimai, nepriklausomų ekspertų vertinimai ir ilgalaikiai vėlesni stebėjimai. Turint galvoje gerai žinomą savaiminio pagerėjimo reiškinį ir įtaiga pagrįstus „pagijimus", kad galėtume spręsti apie terapijos vertę, mums nepakanka psichoterapeuto pretenzijų arba jo pacientų liudijimų.

Tik keletas iš šiandien populiarių psichoterapijos formų atitinka minimalius psichoterapinės sistemos reikalavimus. Rogerso, arba į klientą orientuotos, terapijos atveju gana tiksliai apibrėžiamos nurodomos procedūros, tačiau aiškiai vengiama išsamaus psichopatologijos modelio (Rogers, 1951). Psichoterapiniai metodai yra glaudžiai susiję su nedaugeliu teorinių postulatų, o terapijos ir

modelio principai yra lengvai patikrinami. Daugelis rezultatų tyrimų rodo, kad bent jau kai kurių sutrikimų atvejais ši psichterapijos forma duoda naudos.

Kitų psichoterapijos formų, kurios pritraukė nemažai visuomenės dėmesio, empirinis ir teorinis pagrindas yra silpnas. Transakcinė analizė (Berne, 1961), geštaltinė terapija (Perls ir kt., 1951), pirminė terapija (Janov, 1970) ir tikrovės terapija (Glasser, 1965) turi panašių ribotumų: psichopatologijos teorija arba yra labai skurdi, arba jos iš viso nėra; nepateikiama eksperimentinių duomenų, paremiančių teorijos ir gydymo principus; neatlikta gerai suplanuotų tyrimų, rodančių taikomų specifinių metodų veiksmingumą. Todėl šios psichoterapinės sistemos yra nepakankamai išvystytos.

Kognityvinė terapija, psichoanalizė ir elgesio terapija (kiek menkiau ir į klientą orientuota terapija), priešingai, atitinka psichoterapinės sistemos kriterijus. Kadangi kognityvinės terapijos teorija ir metodai šioje knygoje jau buvo aprašyti, šiame skyriuje patyrinėsime empirinį kognityvinio metodo pagrindą. Kognityvinę terapiją palyginsime su psichoanalize ir elgesio terapija. Galiausiai įvertinsime dabartinį kognityvinės terapijos kaip psichoterapinės sistemos statusą.

KOGNITYVINĖ PSICHOTERAPIJOS SISTEMA

Kognityvinis psichopatologijos modelis ir su šiuo modeliu susiję kognityvinės terapijos principai buvo daug kartų tirti empiriškai. Nors visiems teorijos ir terapijos aspektams pagrįsti dar prireiks nemažai tyrimų, iki šiol atlikti darbai paremia daugelį teorijos aspektų[2].

[2] Mahoney (1974) apžvelgė daugiau nei 400 tyrimų, kurie tiesiogiai ir netiesiogiai paremia teorinius kognityvinės terapijos pagrindus. Dar gausesnę bibliografiją surinko Ellis ir Murphy (1975).

Pagrindinis šios teorijos teiginys yra toks: asmens minčių turinys veikia jo nuotaiką. Daugelis tyrimų rodo, kad skatinant tiriamąjį susitelkti į palaikančias arba slegiančias mintis (pavyzdžiui, Velten, 1967; Coleman,1970) sukeliama atitinkamai pakili nuotaika arba liūdesys.

Koncepciją, kad prasmė nulemia emocinį atsaką į situaciją, palaiko Pastore (1950, 1952). Jis parodo, kad pykčio atsiradimą nulemia su frustruojančiu veiksniu susijusi prasmė, o ne frustracija *per se*. Panašiai Lazarus ir jo bendradarbiai (1966) pademonstravo, kad tos pačios situacijos suvokimas kaip grėsmingos arba kaip nežalingos atitinkamai sukelia arba nerimą, arba neutralų atsaką.

Tam tikrose situacijose nerimą išgyvenančių pacientų tyrimai rodo, kad sau siunčiami signalai arba automatinės mintys prisideda prie nerimo kilimo. Pavyzdžiui, Meichenbaumas, Gilmore ir Fedoravicius (1971) ne tik pademonstravo automatinių minčių vaidmenį atsirandant kalbėjimo nerimui, bet ir parodė, kad kognityvinė terapija jį sumažina. Meichenbaumas šias išvadas apbendrino ir aiškindamas kitus sutrikimus, tarp jų skaitymo nerimą ir fobijas. Kiti tyrėjai nustatė neigiamų minčių vaidmenį atsirandant studentų nerimui prieš egzaminus (Liebert ir Morris, 1967; Marlett ir Watson, 1968). Panašiai Horowitzas ir jo bendradarbiai (1971) parodė, kad patyrus stresą užplūsta kompulsyvios automatinės mintys.

Mūsų pačių tyrimai rodo kognityvinių veiksnių įtaką depresijai[3]. Taip pat esame pademonstravę iracionalių idėjų apie ateitį įtaką suicidiniam elgesiui (Beck, Kovacs ir Weissman, 1975; Lester ir Beck, 1975). Kiti tyrimai įrodo, kad nerimo neuroze (Beck, Laude ir Bohnert, 1974) ir fobijomis (Beck ir Rush, 1975) sergantiesiems prieš pat nerimo periodus kyla vizualinių fantazijų ir verbalinių minčių apie pavojų. Šie sistemingi tyrimai rodo vieno pagrindinių kognityvinio

[3] Žr. 5 ir 7 skyrių. Taip pat žr. Seligman (1974) ir Beck (1974).

neurozių modelio principų, būtent, kad vizualinis vaizdas ar mintis prisideda prie neatitinkančio situacijos ar perdėto nerimo arba depresijos kilimo, pagrįstumą.

Daugelis tyrimų rodo kognityvinės terapijos veiksmingumą[4]. Sėkmingas įvairių neurozių gydymas, taikant specializuotas racionaliosios emocijų terapijos technikas, pasiūlytas Ellis (1962, 1971), arba plačiau pagrįstus metodus, kurie aprašyti šioje knygoje, liudija kognityvinės terapijos pagrįstumą.

Tyrimai dalyvaujant kontrolinei grupei parodė, kad po kognityvinės terapijos sumažėja tarpasmeninis ir bendras nerimas (Di Loretto, 1971), taip pat ir egzaminų baimė (Maes ir Haimann, 1970). Karst ir Trexler (1970) ir Trexler ir Karst (1972) parodė kognityvinės terapijos veiksmingumą gydant viešo kalbėjimo baimę. Meichenbaumo ir jo bendradarbių darbai gydant egzaminų baimę, fobijas ir viešo kalbėjimo baimę jau buvo minėti.

Gerai kontroliuojami Taylor (1974), Shaw (1975) ir Rush, Beck ir kt. (1975) tyrimai parodė kognityvinės terapijos efektyvumą gydant depresiją. Nustatyta atvejų, kai kognityvinė terapija paveikė lėtinę gydymui vaistais ir „tradicinei" psichoterapijai atsparią depresiją (Rush, Khatami ir Beck, 1975).

Įdomus kontroliuojamų kognityvinės terapijos tyrimų bruožas yra tai, kad gydymą dideliu mastu diktuoja teorija. Gydymo vadovėliai aiškiai apibūdina, kaip terapinės strategijos kyla iš kognityvinio modelio. Be to, po gydymo atsiradę įvairių nuostatų ir simptomų matavimų pokyčiai įrodo teiginį, kad simptomai palengvėja ištaisius mąstymą. Tyrinėjant kognityvinės terapijos sistemą paremiančius duomenis kyla klausimas, ar ji turi bendrų bruožų su kitomis psichoterapijos sistemomis.

4 Išsamią kognityvinės terapijos rezultatų apžvalgą pateikia Mahoney (1974).

PALYGINIMAS SU PSICHOANALIZE

Lyginant kognityvinę terapiją su psichoanalize paaiškėja, kad didele dalimi jos sutampa.

Abiem atvejais pacientas prašomas stebėti savo mintis, jausmus, troškimus ir apie juos papasakoti. Šie duomenys sudaro terapeuto išvadų apie vidinius psichologinius sunkumus pagrindą. Šia prasme abi psichoterapijos formos remiasi įžvalga.

Įžvalga yra kognityvinis procesas, kurį sudaro minčių, jausmų ir troškimų bei psichologinių ryšių tarp jų nustatymas; į tai įeina prasmingų ryšių tarp gyvenimo įvykių ir psichologinių reakcijų nustatymas. Terapeutas mėgina nubrėžti pagrindines schemas, paaiškinančias emocinių reakcijų ir regimo neadaptyvaus elgesio įvairovę. Ir kognityvinei, ir psichoanalitinei terapijai rūpi atskleisti tas prasmes, kurias žmonės suteikia savo aplinkai, kitiems žmonėms ir vidiniam patyrimui. Vidinių psichologinių reiškinių nustatymas ir supratimas yra *kognityviniai procesai*, turintys esminę reikšmę abiejose terapijose.

Be to, abiejų formų psichoterapija siekiama struktūrinių pokyčių. Priešingai negu taikant elgesio terapiją, įžvalgos psichoterapijos atveju daroma prielaida, kad ilgalaikiai nenormalių asmens reakcijų pokyčiai priklauso nuo esmingesnio asmenybės pasikeitimo, jie nėra paprasčiausias blogo įpročio atsisakymas. Įžvalgos terapija siekiama taip pertvarkyti asmenybės struktūrą, kad pacientas galėtų geriau suderinti savo poreikius ir potraukius bei sėkmingiau atlaikyti išorės reikalavimus ir sunkumus. Kad pasiektų šį tikslą ir parengtų pacientą kitiems stresams, kurių pasitaikys ateityje, terapeutas stengiasi panaikinti ar susilpninti tuos paciento asmenybės komponentus, kurie trukdo jam spręsti sunkumus jau įvaldytais būdais, ir padėti išmokti naujų prisitaikymo būdų.

Ir psichoanalitikai, ir kognityvinės terapijos specialistai mėgina sukelti struktūrinius pokyčius, modifikuodami kognityvinę sistemą,

dėl kurios atsiranda netikroviškas mąstymas. Psichoanalitikų domėjimasis nebrandžiu mąstymu prasidėjo nuo Freudo (1900) pirminio proceso koncepcijos; Sullivan (1900) pavadino tokį mąstymą „parataksiniu iškreipimu". Kognityvinės terapijos specialistai daug aiškiau už psichoanalitikus kelia tikslą pakeisti netikroviškas mintis. Psichoterapeutas kognityvistas daug skrupulingiau už psichoanalitiką ieško, nustato ir tiria klaidingus kognityvinius atsakus (automatines mintis) ir už jų slypinčią įsitikinimų sistemą.

Ir kognityvinės terapijos, ir psichoanalizės sėkmė priklauso nuo vidinių psichologinių sunkumų „perdirbimo". Nors specifinis šio proceso pobūdis abiejų psichoterapijos formų atveju skiriasi, yra ir bendras komponentas. Psichonalitikas, atkakliai interpretuodamas nesąmoningas fantazijas, ketinimus ir „pasipriešinimą" įžvalgai, nuolat po truputį ardo neadaptyvias paciento nuostatas. Nerealistines nuostatas jis gali pulti netiesiogiai, bet vis dėlto galingai. Išsakydamas pastabas arba klausinėdamas, jis duoda suprasti, kad nuostatos yra netikroviškos, ir skatina pacientą suabejoti jų pagrįstumu; pavyzdžiui: a) „Įdomu, kodėl visus autoritetingus asmenis jūs laikote visagaliais?"; b) „Atrodo, jūs atmetate bet kokią mintį apie agresyvumą"; c) „Gal gali būti, kad laikote save niekam vertu, nes vaikystėje jautėtės kaltas dėl priešiškumo tėvui ir seksualinio potraukio motinai?"

Susidūręs su tokiais teiginiais, pacientas dažnai pradeda tyrinėti įsišaknijusius savo įsitikinimus. Tiriamieji psichoanalitiko klausimai padrąsina pacientą suabejoti neišmintingomis savo mintimis: a) „Galbūt aš klystu manydamas, kad mano profesoriai tokie galingi, o aš toks silpnas ir bejėgis"; b) „Galbūt būti agresyviam ne taip pavojinga, kaip maniau... galbūt galiu būti truputį agresyvesnis ir išsisukti"; c) „ Aišku, kad jis [psichoanalitikas] nemano, kad esu niekam tikęs; aš tiesiog *manau*, kad esu nieko vertas dėl to, kas nutiko su manimi vaikystėje".

Toliau pateikiamas pavyzdys iliustruoja, kaip interpretacija – tiksli arba ne – pastūmėja pacientą į iracionalias idėjas žvelgti kitomis akimis. Psichoanalitikas aukščio bijojusiam pacientui pasakė: „Jūsų baimė pakilti į viršutinį pastato aukštą kyla iš baimės tapti puikiu savo srities specialistu. Jūs bijote – nesąmoningai, – kad, pasiekęs viršūnę, būsite kastruotas. Vaikystėje bijojote, kad, jei pralenksite tėvą, jis nupjaus jūsų penį. Dabar bet kokia sėkmė reiškia tą patį".

Toliau pacientas man papasakojo, kad po psichoanalitiko interpretacijos jam kilo tokios mintys: „Iš tikrųjų aš nebijau pakilti į viršutinį pastato aukštą. Bijau, kad nenupjautų mano penio... Tai labai kvaila". Šis samprotavimas įtikino jį, kad objektyvaus pavojaus nėra. Tada jis panoro paeksperimentuoti ir pakilti liftu į viršutinį dangoraižio aukštą. Kai šių „eksperimentų" metu patirdavo nerimą, jis sau kartodavo: „Nereikia bijoti. Aš tik jaudinuosi dėl kastracijos".

Psichoanalitiko klausinėjimas ir *nesąmoningų* prasmių interpretavimas yra galingas dėl to, kad įtikinančiai smogia į *sąmoningus* įsitikinimus. Dėl to pacientas žengia žingsnius, kurie suardo klaidingus jo manymus. Pirmiausia jis peržiūri anksčiau uždarą įsitikinimų sistemą, kurią sudaro tokie teiginiai: visi turintys valdžią asmenys yra visagaliai; agresyvumas yra pavojingas; aš niekam vertas; aukštis rizikingas. Stiprėjant nuomonei, kad jo būgštavimai gali būti iracionalūs, jis tampa drąsesnis su autoritetingais asmenimis, agresyvesnis, labiau linkęs rizikuoti, kildamas liftais ir t. t. Ėmęsis *pozityvių veiksmų* jis pastebi, kad jo neigiami lūkesčiai buvo klaidingi. Tokių veiksmų kartojimas tampa savarankiška mokymosi patirtimi ir vėliau pakeičia klaidingas mintis.

Nors kognityvinė terapija pasiskolino – ir perdirbo – daug psichoanalizės sąvokų, tarp šių dviejų psichoterapijos sistemų yra akivaizdžių skirtumų. Priešingai psichoanalizei, kognityvinė terapija nagrinėja tai, kas tiesiogiai kyla iš sąmoningo patyrimo. Terapeutas kognityvistas neieško paslėptų paciento minčių

prasmių, o psichoanalitikas nagrinėja jas kaip simbolines nesąmoningų fantazijų transformacijas. Neatitrūkdamas nuo sąmoningų paciento minčių, terapeutas kognityvistas turi tam tikrų pranašumų prieš psichoanalitiką. Pirmiausia dėl to, kad svarstomi dalykai iš esmės yra paciento sąmoningai suvokiami, terapeuto išvados, susiejimai ir apibendrinimai pacientui lengvai *suprantami*. Dėl to pacientas gali tiesiogiai priderinti formuluotes prie sąmoningo patyrimo arba performuluoti taip, kad jos atitiktų faktus. Psichoterapeutas ir pacientas aktyviai bendradarbiauja, ieškodami formuluotės, kuri pacientui „skamba teisingai", ir atsisakydami netinkančių formuluočių. „Paviršutines" terapeuto kognityvisto formuluotes, priešingai negu „gelmines" psichoanalitiko interpretacijas, pacientas gali nuolat tikrinti, atmesti arba patobulinti, remdamasis neterapiniu patyrimu. Tuo tarpu psichoanalitiko nesąmoningų procesų interpretacijų pacientas negali nepripažinti. Tiesą sakant, jei pacientas atmeta interpretaciją, tai laikoma „pasipriešinimo" ženklu.

Antra, kadangi kognityvinės terapijos metu duomenims surinkti ir panaudoti nereikia daug laiko, gydymas šiuo metodu gali trukti trumpai. Taigi jis yra *ekonomiškas*. Paprastai trumpalaikė, aiškios struktūros kognityvinė terapija užtrunka tik nuo dešimties iki dvidešimties susitikimų (Rush, Beck ir kt., 1975).

Trečia, kognityvinės terapijos ir teorijos principus *lengva tirti*. Remiantis kognityviniu modeliu, lengva kelti įvairias darbines hipotezes ir tikrinti jas eksperimentiškai. Remiantis turimomis tyrimo metodikomis, nesunku atlikti eksperimentinius ir koreliacinius tyrimus; daugelis tokių tyrimų buvo minėti anksčiau. Be to, lengva atlikti rezultatų tyrimus, nes kognityvinės terapijos principus galima susisteminti gana nuosekliu terapinių procedūrų rinkiniu (D'Zurilla, Wilson ir Nelson, 1973; Di Loretto, 1971; Goldfried, Decenteceo ir Weinberg, 1974; Meichenbaum, 1974; Holroyd, 1975; Rush, Khatami ir Beck, 1975; Taylor, 1974; Shaw, 1975).

Galiausiai kognityvinės terapijos daug *lengviau mokyti* nei

psichoanalizės[5]. Kadangi dauguma kognityvinės terapijos sąvokų atitinka įprastą žmogaus prigimties sampratą, psichoterapeutas naujokas lengvai jas perima. Be to, paprastai apibrėžiami ir taikomi principai palengvina dėstytojų, studentų ir tyrėjų bendravimą.

Kognityvinė terapija skiriasi nuo psichoanalizės ir daugeliu kitų aspektų. Priešingai negu sudėtingos teorinės struktūros psichoanalizė, kognityvinė terapija remiasi nedaugeliu palyginti paprastų prielaidų apie psichologinę sandarą. Apsieinama be tokių tikromis laikomų abstrakcijų kaip *id*, *ego* ir *superego*. Sudėtinga psichonalizės pasąmonės samprata, jos postuluojama psichikos sandara, kuri ne tik tolima sąmoningam patyrimui, bet ir apima sąmoningam pažinimui priešingas mintis ir troškimus, iš esmės modifikuojama: kognityvinės terapijos požiūriu žinojimas yra kontinuumas, o ne sąmoningo ir nesąmoningo patyrimo dichotomija.

Nors kognityvinės terapijos – kaip ir psichoanalizės – specialistas pabrėžia įvykių prasmę, jis domisi sąmoningomis, o ne slaptomis simbolinėmis prasmėmis. Pavyzdžiui, paciento įsitikinimą, jog jis bijo ginklų dėl to, kad jie gali netyčia iššauti ir jį sužeisti, jis pripažintų kaip jo baimės prasmę. Tuo tarpu psichoanalitikas stengtųsi įžvelgti kai ką daugiau negu sąmoningą prasmę ir tvirtintų, kad ginklų baimė kyla iš kokių nors nesąmoningų procesų, pavyzdžiui, savo paties priešiškumo baimės arba psichinės ginklo kaip penio, kuris gali jį sužeisti, reprezentacijos. Viena iš psichoanalizės tezių yra tokia: „paviršinės problemos" išnyksta, jei išsprendžiami nesąmoningi konfliktai. Pavyzdžiui, psichoanalitikai mano, kad atskleidus ir perdirbus vidinius nesąmoningus konfliktus, kognityviniai iškraipymai nebeturės energijos ir galiausiai pranyks.

[5] Nustatėme, kad po dviejų trijų prižiūrimo mokymosi mėnesių psichiatrai rezidentai ir psichologijos specialybės internai pakankamai įgunda taikyti kognityvinius metodus, kad depresijos gydymo rezultatų tyrimuose galėtų būti kvalifikuojami kaip psichoterapeutai (Rush, Beck ir kt., 1975).

Panagrinėkime atvejį paciento, kuris klaidingai mano, kad kiti žmonės jam yra priešiški. Psichoanalitikas, remdamasis savo teorija, teigtų, kad, daug kartų interpretuojant pacientui, jog jis iš tikrųjų yra agresyvus kitų atžvilgiu (ir projektuoja į juos savo agresyvumą), paciento įsitikinimas, kad kiti jam priešiški, išnyks. Kognityvinės terapijos objektas, priešingai, yra patys specifiniai paciento tikrovės iškraipymai. Terapeutas kognityvistas sudomintų pacientą duomenų apie kitų asmenų priešiškumą tyrinėjimu, kruopščiu jo priešiškumo kriterijų peržiūrėjimu ir alternatyvių kitų žmonių elgesio aiškinimų svarstymu. Nebūtina prieiti pirmines jo klaidingo tikrovės interpretavimo priežastis – nei jo atsiradimo, nei dabartinių „nesąmoningų" jo šaknų požiūriu. Psichoterapeutas daugiau domisi, *kaip* pacientas iškreipia tikrovę, o ne *kodėl*.

Apibendrinant galima tarti, kad kognityvinės terapijos sistema, palyginti su psichoanalize, turi daug pranašumų ir keletą trūkumų. Kognityvinei terapijai yra prieinamas minčių turinys, kurį atskleidžia laisvosios asociacijos, sapnai ir paciento reakcijos į terapeutą (perkėlimas). Tačiau neatitrūkdamas nuo faktų, psichoterapeutas neįsivelia į abstrakčius psichoanalitinius samprotavimus. Priešingai psichoanalizei, kognityvinė terapija pacientui yra lengvai *suprantama*, tyrėjui – *patikrinama*, studentui – *nesunki išmokti* ir *ekonomiška* laiko ir pinigų požiūriu.

ELGESIO TERAPIJA: KOGNITYVINĖS TERAPIJOS DALIS

Kognityvinė terapija daugeliu atžvilgių panaši į Wolpe's (1969) elgesio terapijos sampratą. Nors jis teigia, kad elgesio terapija pagrįsta pirmiausia išmokimo teorija, dvi psichoterapijos sistemos turi daug bendro. Pirma, ir kognityvinės, ir elgesio terapijos atveju terapinis pokalbis yra planingesnis, o psichoterapeutas aktyvesnis nei daugelio kitų psichoterapijos formų atvejais. Po pirminių

diagnostinių pokalbių, kurių metu sistemingai ir labai detaliai apibūdinami paciento sunkumai, ir terapeutas kognityvistas, ir elgesio terapeutas suformuluoja esamus paciento simptomus arba kognityviniais, arba elgesio terminais ir suplanuoja specifinius veiksmus kiekvienai sunkumų sričiai. Nubrėžęs psichoterapinio darbo sritis, terapeutas akivaizdžiai moko pacientą tų reakcijų ir elgesio, kurie yra naudingi tos psichoterapijos formos požiūriu. Pacientui pateikiamos išsamios instrukcijos, atitinkančios specifines terapines procedūras. Abiem atvejais terapijos tikslai yra apibrėžti, priešingai negalutiniams „žadinančios" psichoterapijos, tokios kaip psichoanalizė ir į klientą orientuota psichoterapija, tikslams (Frank, 1961).

Antra, ir kognityvinės, ir elgesio terapijos specialistai siekia palengvinti regimus simptomus arba tiesiog elgesio sunkumus. Tačiau jų dėmesio centras skiriasi. Terapeutas kognityvistas savo metodais siekia keisti su simptomu susijusį mintinį turinį, būtent, neracionalias išvadas ir prielaidas. Elgesio terapeutas sukaupia dėmesį į regimo elgesio, pavyzdžiui, neadaptyvios vengimo reakcijos, keitimą.

Priešingai psichoanalitinei terapijai, nei kognityvinė, nei elgesio terapija nemėgina atgaivinti tolimų vaikystės prisiminimų arba spekuliatyviai atkurti paciento vaikystės patyrimą ir buvusius šeimos santykius. Ryšys tarp dabartinių sunkumų ir ankstyvosios vaikystės raidos ar šeimos santykių pabrėžiamas kur kas mažiau nei psichoanalitinio gydymo atveju. Kognityvinė ir elgesio terapija daug labiau už praeitį pabrėžia šios akimirikos patyrimą.

Tarp elgesio terapijos ir kognityvinės terapijos metodų yra akivaizdžių skirtumų. Pavyzdžiui, taikydamas sisteminės desensibilizacijos metodą, elgesio terapeutas prašo pacientą įsivaizduoti iš anksto nustatytą vaizdų seką, o pakaitomis atsipalaiduoti . Tuo tarpu terapeutas kognityvistasmoko pacientą atpažinti savo spontaniškas žodines ir vaizdines kognicijas (automatines mintis). Pacientas

detaliai nupasakoja savo mintis ir vaizdinius. Šiomis savaiminėmis kognicijomis remiamasi aiškinantis ir apibrėžiant paciento sunkumus. Norėdamas tiksliai atskleisti klaidingus paciento įsitikinimus ir padėti palyginti iškreiptą jo požiūrį į save ir savo pasaulį su tikrove terapeutas kognityvistas remiasi ir įteigtais, ir savaiminiais vaizdiniais (Beck, 1970a, 1970b).

Svarbiausias skirtumas tarp kognityvinės ir elgesio terapijos išryškėja iš sąvokų, vartojamų aiškinant neadaptyvių reakcijų nykimą terapijos metu. Pavyzdžiui, Wolpe vartoja biheivioristinius ir neurofiziologinius aiškinimus, tokius kaip kontrsąlygojimas arba tarpusavio slopinimas. Terapeutai kognityvistai būklės gerėjimo procesą nusako sąvokų sistemų modifikavimo terminais, t. y. nuostatų, įsitikinimų arba mąstymo būdų pokyčiais. Dauguma terapeutų biheivioristų elgesio sutrikimus ir jų nykimą teoriškai aiškina terminais, perimtais iš psichologinės išmokimo teorijos, ypač klasikinio ir operantinio sąlygojimo sąvokomis. Kadangi dažniausiai šios sąvokos suformuluotos atliekant eksperimentus su gyvūnais, jomis aiškinamas regimas organizmo elgesys. Iš tikro daugumoje elgesio terapijos tema paskelbtų straipsnių vengiama kalbėti apie psichologines būsenas, kurios nesireiškia atvirai ir kurių stebėtojas iš šalies negali tiesiogiai stebėti ir išmatuoti.

Biheivioristiniu modeliu pagrįstos koncepcijos ir principai pasižymi vertingomis ypatybėmis: ekonomiškumu, galimybe patikrinti, apskaičiuojamumu ir patikimumu. Tačiau šiame kontekste sunkiai pritampa vidinių psichologinių būsenų sampratos, pavyzdžiui, minčių, nuostatų ir panašios, kurias mes kasdien taikome, siekdami suprasti save ir kitus žmones. Terapeutai kognityvistai vidine patirtimi remiasi kaip klinikiniais duomenimis. Be to, kognityvinė teorija kelia mintį, kad kognityvinės struktūros (schemos) sudaro paciento suvokimo, interpretacijų ir vaizdinių pagrindą ir nulemia jų pavidalą.

Pastaraisiais metais keletas autorių pabrėžė kognityvinių

procesų svarbą elgesio terapijoje (Bandura, 1969; Bergin, 1970; Davison, 1968; Efran ir Marcia, 1973; Lazarus, 1968, 1972; Leitenberg, Agras, Barlow ir Oliveau, 1969; London, 1964; Mischel, 1973; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1974; Murray ir Jacobson, 1969; Valins ir Ray, 1967). Tačiau jų kognityvinės formuluotės dažniausiai yra trumpos. Norint tinkamai paaiškinti klinikinius reiškinius ir terapinių intervencijų padarinius, būtina iš esmės plačiau nagrinėti kognityvinių procesų prigimtį (žr. Weitzman, 1967).

Remdamasis tiesioginiu Wolpe's terapijos seansų stebėjimu Brownas (1967) aiškiai parodė lemiamą kognityvinio veiksnio vaidmenį elgesio terapijoje. Brownas nurodo jaunos ištekėjusios moters, kuri, matydama vyriškas genitalijas, jautė baimę ir pasibjaurėjimą, pavyzdį. Wolpe paprašė jos įsivaizduoti seriją jos baimę atitinkančių scenų, pavyzdžiui, nuogą mažą berniuką 50 metrų atstumu, tada nuogo vyro skulptūrą įvairiu atstumu. Kai kurios moters pastabos rodo kognityvinį pertvarkymą. Įsivaizdavusi scenas, ji pareiškė: „Žinote, aš pati sau galvojau: argi tai nekvaila, kodėl turėčiau leistis nervinama kažkokios statulos?... Ji negyva, tai tiesiog akmens gabalas, jis neturėtų kelti man rūpesčio!" (p. 857). Kiti pacientės komentarai, išsakyti terapinio susitikimo metu, parodė, kad lemiamas elementas įveikiant baimę buvo *požiūrio pasikeitimas*. Pacientė ne kartą tvirtino, kad, pripažinusi kai kurių savo požiūrių absurdiškumą, jautėsi geriau.

Neliesdami teorinių klausimų, kai kurie elgesio terapeutai visiškai pripažino esminį *specifinių kognityvinių technikų* vaidmenį elgesio terapijoje. Pavyzdžiui, aptardami svarbiausius sisteminės desensibilizacijos veiksmingumo elementus, Leitenberg, Agras, Barlow ir Oliveau (1969) nurodo tokius reikalavimus: „Tikslios instrukcijos, pabrėžiama elgesio matavimų svarba, aiškus sisteminės desensibilizacijos planas pacientui tiksliai nurodo, kokiu elgesiu domimasi, o terapijos metu suteikia aiškių duomenų, kad šis elgesys iš tikrųjų pamažu nuosekliai kinta. Pacientas nuolat gauna

grįžtamosios informacijos stebėdamas pats save: jis mato, kad probleminis elgesys gali būti po truputį keičiamas, kad jam neblogai sekasi ir jis sveiksta. Šie pokyčiai galimi dėl nesudėtingų palaipsnės desensibilizacijos procedūros reikalavimų, o šių pokyčių svarbą pacientui nurodo pradinės instrukcijos ir pastiprinimas terapijos metu, kai terapeutas pagiria už pažangą. Tokie *paties pastebėti* gerėjimo požymiai yra daugelio visos palaipsnės elgesio terapijos, ne tik sisteminės desensibilizacijos, atvejų sėkmės priežastis" [p. 118].

Akivaizdu, kad kiekviena iš šių esminių procedūrų apima kognityvinius procesus, t. y. pacientas dalyvauja kiekviename proceso žingsnyje kaip *aktyvus mąstytojas*. Šie kognityviniai procesai akivaizdūs tik ką pateiktame aprašyme. Pacientas turi suprasti specifinius terapinio proceso reikalavimusi; jis turi turėti galimybę stebėti savo pažangą; jis turi turėti galimybę susieti savo sėkmę vykdant nurodymus su savo pasveikimu; visas procedūros pakopas jis turi laikyti reikšmingomis. Kiti tyrėjai parodė, kad sisteminės desensibilizacijos sėkmė priklauso nuo paciento tikėjimo, jog jam pagerės (Efran ir Marcia, 1972; Leitenberg ir kt., 1969).

Sisteminiai Wolpe's ir jo kolegų iš Templio universiteto darbo stebėjimai parodė, kad greta standartinių elgesio terapijos metodų jie taiko daug kognityvinių technikų, kurias aprašė Ellis (1962) išdėstydamas savo racionaliąją emocijų terapiją. Šiuos stebėjimus atliko grupė tyrėjų iš Nacionalinio psichinės sveikatos instituto (Klein, Dittman, Parloff ir Gill, 1969), taip pat tyrimo projekto, skirto palyginti elgesio ir psichoanalitinės terapijos rezultatus, nariai (Sloane ir kt., 1975).

Kaip veikia elgesio terapija

Dirbant elgesio terapijos metodais būtina remtis kognityviniais procesais. Bet galima teigti ir tai, kad šios gydymo formos sėkmė priklauso nuo sukeliamų ilgalaikių kognityvinės organizacijos

pokyčių[6]. Kitais žodžiais tariant, elgesio terapija yra veiksminga tiek, kiek keičia klaidingus paciento įsitikinimus ir neadaptyvias nuostatas.

Kad išvengtume painiavos, atsirandančios vartojant elgesio terapijos terminą, svarbu skirti konkretų *metodą* ir jo *veikimo būdą*. Daugelis elgesio terapeutų taikomų metodų yra skirti regimam paciento elgesiui keisti. Pacientas mokomas būti aktyvesniu, labiau pasitikėti savimi ir išmėginti situacijas, kurių bijo. Kadangi terapinių veiksmų taikinys yra regimas paciento elgesys, šie metodai gali būti vadinami „elgesio". Tačiau kai analizuojamas veikimo būdas, jį tinka aiškinti kognityviniais terminais, t. y. jo sėkmė priklauso nuo paciento tikrovės interpretacijų, nuostatų ir lūkesčių modifikavimo. Kad atsirastų ilgalaikių pokyčių, pacientas turi arba koreguoti klaidingus požiūrius, arba įgyti naujų požiūrių ar įgūdžių tose srityse, kuriose jų trūksta.

Iš tikrųjų elgesio terapija yra įvairių metodų, kurie vienas nuo kito smarkiai skiriasi, konglomeratas. Juos galima apytikriai suskirstyti į: a) tuos, kurie yra iš esmės kognityviniai, nes veikla, kurią pacientas turi atlikti, tiesiogiai apima jo mąstymo procesus (pavyzdžiui, sisteminė desensibilizacija); b) tuos, kurie skirti regimam elgesiui keisti (savęs apgynimo įgūdžių stiprinimas). Analizuodami šiuos skirtingus metodus matome, kad terapiniai pokyčiai yra pagrįsti paciento požiūrių pokyčiais.

Kognityvinius pokyčius galima suprasti tyrinėjant sisteminę desensibilizaciją. Trumpai tariant, pirmasis šio metodo žingsnis yra esamą paciento baimę atitinkančių situacijų hierarchijos sudarymas. Hierarchija prasideda „silpną" ir baigiasi vis „stipresnį" nerimą sukeliančiomis situacijomis. Pacientas prašomas įsivaizduoti minimalų nerimą sukeliančią sceną ir po truputį pereiti prie hierarchiškai išdėstytų vis labiau gąsdinančių vaizdų. Tarp

[6] Šią terapiją labiau tiktų vadinti kognityviniu, o ne elgesio modifikavimu.

įsivaizduojamų scenų pacientui nurodoma atsipalaiduoti remiantis anksčiau išmoktais vis didesnio atsipalaidavimo įgūdžiais. Wolpe tvirtina, kad pacientui darosi geriau, nes atsipalaidavimo periodas neutralizuoja įsivaizduotų scenų sukeliamą nerimą.

Šio patyrimo esmė yra tokia: ir iš tiesų būdamas baimę keliančioje situacijoje, ir ją tik įsivaizduodamas, pacientas tam tikra prasme mano, kad jam gresia pavojus. Kuo labiau jis tiki pavojaus realumu, tuo stipresnis jo nerimas. Kartais fantazija gali būti tokia stipri, kad pacientas gali nebesuvokti to fakto, jog iš tikrųjų fobinės situacijos nėra, ir net šauktis pagalbos. Daugelis pacientų pasakoja, kad jų įsivaizduojamas potyris beveik sutampa su tikruoju situacijos išgyvenimu. Pacientas gali *išgyventi* gąsdinantį įvykį bemaž taip pat, kaip pacientas, sergantis mūšio neuroze, išgyvena (iš naujo „reaguoja" į) mūšio patirtį, veikiamas amobarbitalio.

Sisteminės desensibilizacijos metu pacientas išgyvena savo sunkumus po truputį didėjančiomis dozėmis. Šis procesas padeda jam, pirma, patirti nemalonų įvykį (jį įsivaizduojant) ir, antra, grynas savo reakcijas įvertinti atsižvelgiant į tikrovę. Kadangi nerimui neleidžiama kauptis, pacientas gali į įvykį pažvelgti objektyviai. Net ir tada, kai vaizdiniai sukelia maksimalų nerimą, kaip taikant užtvindymo arba sprogimo techniką (Stampfl ir Levis, 1968), pacientas turi galimybę patyrinėti savo išgyvenimus, kai įsivaizdavimas baigiasi: jis suvokia, kad reagavo į fantaziją, o ne į tikrą pavojų.

Desensibilizacijos procesas svarbus ir tuo, kad pacientas, žingsnis po žingsnio kopdamas desensibilizacijos hierarchijos laiptais, vis objektyviau gali skirti tikrą pavojų nuo įsivaizduoto. Didėjant objektyvumui, jis vis rečiau situaciją suvokia klaidingai, pagal savo nerealistinę situacijos sampratą. Vis didėjantį objektyvumą atspindi nerimo, kurį kelia įsivaizduota arba tikra situacija, sumažėjimas (London, 1964). Pacientai, apklausti pasibaigus įteigtam įsivaizdavimui, paprastai gąsdinančią situaciją vertina kitaip, realistiškiau

nei anksčiau (Beck, 1970c; Brown, 1967). Kognityvinių veiksnių veikimą desensibilizacijos metu iliustruoja ir Weitzman (1967) aprašytas atvejis.

Galima teigti, kad fobiją turintis pacientas iš tikrųjų *žino*, jog pavojaus nėra. Tačiau įsitikinimas, kad jo baimė iracionali, paima viršų tik tada, kai pacientas nuo fobinės situacijos atsitraukia per „saugų" atstumą. O kai tik atsiduria toje situacijoje (iš tikrųjų ar vaizduotėje), jis mano, kad yra pavojuje. Desensibilizacija yra veiksminga, nes suteikia pacientui galimybę pasipraktikuoti: išgyventi savo reakciją į gąsdinančią situaciją, įvertinti ją kaip netinkamą ir įgyti vidinio įsitikinimo, kad jo baimė yra iracionali.

Tokiu pat kaip sisteminės desensibilizacijos veikimo būdu pasižymi ir kognityvinės terapijos metodai, aprašyti 10 ir 11 skyriuose. Kognityvinės terapijos atveju pacientas tyrinėja savo iškreiptas mintis ir yra mokomas atskirti racionalias idėjas nuo iracionalių, objektyvią tikrovę nuo vidinių pagražinimų. Jis išmoksta vertinti atsižvelgdamas į tikrovę ir spręsti. Jis įsitikina, kad savotiškos jo idėjos yra iracionalios. Dažnai pacientas mąsto vaizdiniais, todėl išmoksta žvelgti į fantaziją kaip į sukurtą proto, o ne neginčijamą realios situacijos atvaizdą.

Remiantis šiais argumentais, esminis psichoterapinio proceso mechanizmas yra paciento mąstymo sistemos modifikavimas arba pasikeitimas. Kai iracionali jo idėja, kad jis paralyžiuotas (isterija), bejėgis ir beviltiškas (depresija), kad jam gresia pavojus (nerimas arba fobija), kad jis yra persekiojamas (paranojinė būsena) arba antžmogis (manija), susilpninama arba pašalinama, nenormalus klinikinis vaizdas nyksta.

Kitas elgesio terapeutų taikomas metodas yra „mokymas apginti save". Iš esmės šį metodą sudaro paciento mokymas elgtis tvirčiau tarpasmeninėse situacijose, kurios jį varžo arba gąsdina. Mokymas yra panašus į laiko patikrintą vaidmenų žaidimo metodą. Terapeutas prisiima tipiško asmens arba asmenų grupės (pavyzdžiui, priešingos

lyties asmenų, valdžią turinčių asmenų, pardavėjų) vaidmenį, o pacientas išbando įvairius tarpasmeninio bendravimo būdus, kuriuose, užuot likęs paklusnus ir pasyvus, imasi dominuojančio arba aktyvaus vaidmens. Galiausiai pacientas išbando naują savo vaidmenį realiose gyvenimo situacijose. Elgesio terapeutas pagerėjimą taikant mokymą apginti save aiškina kaip „kontrsąlygojimo" procesą: drąsesnė reakcija neutralizuoja nerimą (sąlyginis atsakas), sukeltą grėsmingo asmens (stimulas); ryšys tarp stimulo ir sąlyginio nerimo nutraukiamas.

Kognityvinis terapinių veiksmų aiškinimas yra visai kitoks: pacientas nepagrįstai bijosi tam tikro asmens arba asmenų grupės (pardavėjų ir t. t.). Mokydamasis drąsiau elgtis su terapeutu, jis automatiškai patikrina savo baimės pagrįstumą. Jis ima jausti, kad perdeda kitam asmeniui priskiriamą galią ir jam jaučiamą baimingą pagarbą. Keičiasi ne tik kito asmens, bet ir jo paties samprata; į save jis pradeda žvelgti palankiau. Jis nebemano, kad yra silpnas, pažeidžiamas ir nesugebantis elgtis su kitais žmonėmis, o vietoj to ima suprasti, kad yra gabus, kompetentingas ir – saugus. Jis įgyja „pasitikėjimo savimi".

Panašus Aš vaizdo ir kitų žmonių sampratos pasikeitimas įvyksta taikant elgesio „modeliavimo" metodą (Bandura, 1969). Pacientas modeliuoja save pagal kitą asmenį, kuris efektyviai susidoroja su situacijomis, keliančiomis baimę pacientui. Praktikuodamas modelio naudojamus būdus, jis pamažu keičia savo Aš vaizdą, kaip ir mokydamasis apginti save.

Pastaraisiais metais buvo pasiūlyta biheivioristinių depresijos gydymo metodų (Lewinsohn, 1974a; Jackson, 1972; Gathercole, 1972). Visi šie metodai turi bendrą elementą – sužadinamas didesnis paciento aktyvumas. Procedūros tikslas yra toks. Biheivioristine formuluote depresija apibrėžiama kaip stokos modelis: trūksta normalaus į darbą arba malonumus orientuoto elgesio. Šis „pageidaujamas" elgesys skatinamas reikštis dažniau, teigiamai

pastiprinant taip besielgiantį pacientą. Pakankamai daug kartų taip pozityviai pastiprinus, pageidaujamas elgesys tampa dažnesnis ir galų gale pasiekia normalų lygį. Tuo metu pacientas iš esmės jau nebeserga depresija.

Nėra abejonių, kad šie bihevioristiniai metodai dažnai yra veiksmingi, gydant depresiją. Tačiau aiškinant juos bihevioristiniu modeliu nepagrįstai nutylimas depresijos psichologijos sudėtingumas. Tyrimai rodo, kad veiklos tvarkaraščiai ir sudėtingėjančių užduočių skyrimas yra veiksmingi dėl sukeliamų mąstymo pokyčių[7]. Sergantysis depresija, kuris mano, kad nieko nesugeba, atlikdamas šias aiškiai apibrėžtas užduotis supranta, kad jo nuomonė yra klaidinga. Jis pradeda abejoti savo pesimizmu. Dėl to pasikeičia neigiamas jo požiūris į save ir ateitį. Panašiai aiškinami ir sėkmingo isterinio paralyžiaus gydymo teigiamu pastiprinimu atvejai: pacientas „persąlygojamas" judinti paralyžiuotą galūnę (Meichenbaum, 1966). Kognityvinis aiškinimas yra toks: pagerėjimas yra susijęs su paciento įsitikinimo, kad jis negali judinti galūnės, išklibinimu. Pademonstravus akivaizdžiai jis sužino, kad gali judėti, o galūnė nėra paralyžiuota.

Apibendrinant galima sakyti, kad bihevioristiniai metodai yra veiksmingi, nes sukelia mąstymo pokyčius. Sergantysis nerimo neuroze arba turintysis fobiją sužino, kad jo baimė yra perdėta arba iracionali. Obsesine-kompulsine neuroze sergantis asmuo supranta, kad, norint apsisaugoti nuo nenatūralios baimės, nebūtina atlikti ritualą. Linkęs į depresiją asmuo įgyja tikroviškesnį požiūrį į save, pasaulį ir ateitį, o isterikas pamato, kad jis iš tikrųjų gali judinti savo galūnę.

[7] Taylor (1974) sisteminiu Lewinsohno bihevioristinių depresijos gydymo būdų tyrimu nustatė, kad, gydant šiais būdais, paciento Aš vaizdas stulbinamai pagerėdavo.

BAIGIAMASIS ŽODIS

Prieš darant išvadas derėtų sugrįžti prie klausimo, kurį kėlėme šio skyriaus pradžioje: kiek kognityvinė terapija atitinka mūsų nubrėžtus psichoterapijos sistemos vertinimo kriterijus?

Mano nepasitenkinimas sudėtingomis, labai abstrakčiomis psichoanalitinėmis formuluotėmis ir siauromis aprašomosiomis elgesio terapijos formuluotėmis buvo man akstinas (iš dalies) pamėginti sudėlioti įvairialypius neurotinius reiškinius kitokia forma. Naujosios formuluotės, kuriomis svarbiausias vaidmuo buvo priskiriamas kognityviniams iškraipymams, man atrodė įtikinamos, o mano pacientams ir daugeliui mano kolegų – panašios į tiesą.

Mūsų kognityvinės terapijos mokymo ir tyrimo grupė, kurią sudarė Pensilvanijos universiteto psichiatrai ir psichologai, studijavo kognityvinę terapiją, kad nustatytų, ar ji atitinka psichoterapijos sistemos kriterijus. Terapeutams, taikantiems kognityvinės terapijos metodus, teorijos ir terapijos tarpusavio ryšys buvo akivaizdus. Atlikdami terapinius veiksmus, jie aiškiai suvokdavo terapijos principus ir jų veikimo būdą. Teorijos lankstumas taip pat buvo aiškus mūsų grupei, kuri, remdamasi bendra koncepcija, sukūrė daug naujų technikų.

Psichoterapijos metodų sistema yra aiškiai ir tiksliai aprašyta mūsų klinikiniuose kognityvinės terapijos vadovuose, ypač depresijos gydymo vadove. Gydymo procedūrų vienodumą patvirtino psichoterapeutų, kurie dalyvavo mūsų mokymo ir tyrimų programoje, pokalbių stebėjimas (naudojantis garso įrašymo priemonėmis).

Apibendrinant galima teigti, kad kognityvinė terapija atitinka pagrindinius psichoterapijos sistemos reikalavimus, nes jos pagrindas yra išsami ir įtikinama psichopatologijos *teorija*: a) teiginiai yra suprantami ir paprastomis sąvokomis paaiškina neurozių fenomeną; b) teorija yra nuoseklli; c) psichopatologijos teorija taip

puikiai dera su terapijos principais, kad labai lengva suprasti, kaip gydymo procedūros išvedamos iš teorijos; d) terapijos principai ir veikimo būdas teoriškai yra aiškūs. Pavyzdžiui, kadangi specifiniai kognityviniai iškraipymai sukelia neurozes, logiška mėginti gydyti neurozę, padedant pacientui susidaryti labiau tikrovę atitinkančius požiūrius, kad kognityviniai iškraipymai išnyktų; e) lengva sukurti naujus, teoriją atitinkančius metodus; f) teorijos principų veikimą lengva patikrinti. Daugelis sisteminių tyrimų juos patvirtino.

Kognityvinė terapija atitinka ir specifinius vientisos, empiriškai pagrįstos *psichoterapijos* reikalavimus: a) procedūros yra aiškiai apibrėžtos ir tiksliai aprašytos gydymo „paketuose", kuriuos sudaro procedūrų vadovas ir pokalbių ištraukos; b) tos pačios terapinės procedūros, kurias taiko įvairūs psichoterapeutai, iš esmės viena nuo kitos nesiskiria[8]; c) psichoterapeutas naujokas gali išmokti metodus ir taikyti juos ne mechaniškai, o atsižvelgdamas į žmogų; d) eksperimentiniai ir koreliaciniai tyrimai patvirtina su terapija susijusius principus; e) kognityvinės terapijos veiksmingumas įrodytas analoginiais tyrimais, vieno atvejo tyrimais ir gerai suplanuotais terapiniais bandymais, kuriuose dalyvavo ir kontrolinės grupės.

Dabar galime pereiti prie klausimo: ar gali tik ką sukurta psichoterapijos forma mesti iššūkį srities milžinams – psichoanalizei ir elgesio terapijai? Remdamasis savo patyrimu taikant psichoanalitinę ir elgesio terapiją, manau, kad kognityvinės terapijos sąvokų sistema ir gydymo principų schema pasižymi vertingiausiais ankstesniųjų sistemų bruožais.

Kaip nurodžiau anksčiau, aš pats pradėjau vystyti kognityvinį psichopatologijos modelį ir kognityvinę terapiją, būdamas

[8] Tirdami depresijos gydymą kognityvinės terapijos būdu, įrašinėjome kiekvieną projekte dalyvaujančių psichoterapeutų terapinį seansą. Lyginant užrašytus pokalbius matyti, kad įvairių terapeutų taikomos procedūros iš esmės yra panašios.

praktikuojančiu psichoanalitiku. Iš pradžių ketinau eksperimentiškai patikrinti kai kurias psichoanalitines koncepcijas, pavyzdžiui, depresijos kaip nuslopintos agresijos teoriją. Savo nuostabai atradau, kad sapnų, projekcinių testų, žodinio sąlygojimo ir sėkmės bei nesėkmės eksperimentų tyrimai nepatvirtina psichoanalitinių hipotezių. Tačiau visa tai galima paprastai paaiškinti kognityviniu modeliu.

Tuo pat metu nustačiau (kaip aprašyta 2 skyriuje), kad psichoanalizės pacientų skatinimas susitelkti į mintis, kurias jie paprastai ignoruoja (automatines mintis), yra puikus duomenų apie kognityvinius iškraipymus šaltinis. Kai depresijos, nerimo, hipomanijos, fobijos ir obsesinės-kompulsinės neurozės koncepcijas perdirbau, pagrindine tema laikydamas kognityvinius iškraipymus, šie sutrikimai įgijo man aiškesnę prasmę. Be to, atsivėrė daug įvairių būdų ištaisyti klaidingą mąstymą ir palengvinti neurozes.

Maždaug tuo pačiu metu Albertas Ellis, panašiai kaip ir aš praktikuojantis psichoanalitikas, kūrė naujus psichologinius neurozių gydymo metodus, kuriuos jis iš pradžių pavadino racionaliąja terapija (1958), o vėliau — racionaliąja emocijų terapija (1962). Tas faktas, kad mes nepriklausomai vienas nuo kito priėjome panašius metodus ir panašias koncepcijas, sustiprino mano įsitikinimą, kad judu vaisinga kryptimi.

Kurdamas specifines kognityvinės terapijos technikas supratau, kad elgesio terapija atsirado man palankiu metu. Elgesio terapeutų pabrėžiamas kruopštumas renkant iš paciento tikslius duomenis, sistemingo gydymo plano sudarymas, rūpestingas paciento teikiamo grįžtamojo ryšio stebėjimas ir ištobulinti kiekybiniai elgesio pokyčių matavimo metodai buvo naudingos priemonės, kuriant kognityvinę terapiją. Ypač pravertė žinios apie rėmimąsi vaizduote taikant sisteminę desensibilizaciją. Jos ne tik nurodė, kaip įvairiai galima pritaikyti vaizduotės technikas, bet ir paskatino toliau tirti spontaniško įsivaizdavimo ir psichopatologijos ryšį.

Studijuodamas ir taikydamas elgesio terapiją padariau išvadą, kad bihevioristiniai metodai yra veiksmingi – bet ne dėl tų priežasčių, kurias nurodo elgesio terapeutai. Mano paties klinikiniai pastebėjimai ir kai kurie sisteminiai tyrimai sakė, jog elgesio terapija yra veiksminga tuo, kad lemia nuostatų arba kognityvinius pokyčius. Tačiau, nesuprasdamas paciento minčių, jausmų ir troškimų – kurie išryškėja kognityvinės terapijos metu – ir nepripažindamas naudos, kurią teikia žinojimas, ką pacientas galvoja apie save, apie terapeutą ir pačią terapiją, elgesio terapeutas negali be vargo pritaikyti savo metodų pacientui arba numatyti nepalankias komplikacijas, atsirandančias dėl „perkėlimo reakcijų". Be to, drausdamas sau kapstytis po spontaniškas fantazijas, sapnus ir automatines mintis, elgesio terapeutas priverstas sudaryti gydymo planą, pagrįstą labai atrinkta, daline informacija. O kai elgesio terapijos metodai taikomi kognityviniame modelyje, terapeutas gali prasiskverbti prie paciento sunkumų esmės, netrukdomas akidangčių.

Lieka neatsakyti du klausimai apie šias tris psichoterapijos sistemas: 1) kuri sistema paaiškina daugiausia ir 2) kuri veiksmingiausia gydant pacientus.

Studijuodamas medžiagą, kurią surinkau dirbdamas kaip „klasikinis" psichoanalitikas ir vėliau, ne kartą padariau išvadą, kad kognityvinis modelis daug paprasčiau už psichoanalitinę teoriją paaiškina paciento sunkumus. Tai patvirtino ir pacientai, ir sugrįžę po kelerių metų, psichoanalizei pasibaigus. Jie teigdavo: „Tai, ką jūs sakydavote, iš tiesų skambėdavo paslaptingai ir intriguojančiai... tačiau tai, ką sakote dabar, iš tikrųjų *protinga*".

Kognityvinis modelis paprasčiau nei sudėtingos psichoanalitinės teorijos paaiškina įvairius neurotinius sindromus ir sapnus. Net grynai psichoanalitinė sritis – vadinamieji freudiškieji riktai ir kasdienė psichopatologija – gali būti tyrinėjama, remiantis kognityviniu „žemėlapiu". Nors diskusija, kuris modelis – kognityvinis ar

psichoanalitinis – gali paaiškinti daugiau, dar nebaigta, man atrodo akivaizdu, kad kognityviniai aiškinimai yra glaustesni.

Elgesio terapijos, nors ji ir pagrįsta paprastomis sąvokomis, aiškinamoji galia, palyginti su psichoanalitinio ir kognityvinio modelio, atrodo gana menka. Biheivioristinis modelis patenkinamai nepaaiškina įvairių sindromų (pavyzdžiui, nerimo neurozės, įkyrumų neurozės, depresijos) atsiradimo ir netgi to, kodėl pacientai, taikant elgesio terapiją, sveiksta.

Tyrimų, kuriais lyginamos įvairios psichoterapijos formos, pernelyg negausu, kad aiškiai nustatytume, kuri iš jų veiksmingiausia. Išsamiausias tyrimas, kuriuo buvo lygintas elgesio ir psichoanalitinės terapijos efektyvumas, gydant atsitiktinai parinktus klinikos pacientus, parodė, kad abi terapijos formos buvo lygiai veiksmingos (Sloane ir kt., 1975). Vienas tyrimas parodė, kad elgesio ir kognityvinė terapija buvo vienodai veiksmingos gydant depresija sergančiuosius (Taylor, 1974), o kitas – kad kognityvinė terapija buvo pranašesnė už elgesio ir į klientą orientuotą terapiją (Shaw, 1975); nustatyta, kad kognityvinė terapija buvo veiksmingesnė už elgesio terapiją gydant studentų egzaminų baimę (Holroyd, 1975). Veiksmingumo palyginimo klausimo išsprendimas priklausys nuo tolesnių sistemingų tyrimų.

Baigdami galime tarti, kad duomenų, kalbančių už kognityvinę terapiją, reikšmingumas garantuoja jai vietą ginčų kupinoje psichoterapijos srityje.

Literatūra

Alexander F., *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York,1950.

Allport G., *The Person in Psychology*. Boston,1968.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association,1968.

Angelino H., Shedd C. I., Shifts in the content of fears and worries relative to chronological age // *Proc. Oklahoma Acad. Of Sci.*, 1953.

Arieti S., The present status of psychiatric theory // *Amer. J. Psychiat.*, 1968, Nr.124.

Arnold M., *Emotion and Personality*. New York, 1960.

Auden W. H., *The Age of Anxiety; A Baroque Eclogue*. New York, 1947.

Bandura A., *Principles of Behavior Modification*. New York, 1969.

Bateson G., Social planning and the concept of deutero-learning in relation to the democratic way of life // *Science, Philosophy, and Religion*, II-asis simpoziumas. New York, 1942.

Beck A. T., Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiat.*, 1952, Nr.15.

Beck A.T., A systematic investigation of depression // *Comprehens. Psychiat.*, 1961, Nr.2.

Beck A. T., Thinking and depression // *Arch. Gen. Psychiat.*, 1963, Nr.9.

Beck A. T., *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York, 1967. Kita laida: *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, 1972.

Beck A. T. (a), Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy // *Behavior Therapy*, 1970, Nr.1.

Beck A. T. (b), The core problem in depression: The cognitive triad // *Depression: Theories and Therapies*. Sud. J. Masserman. New York,1970.

Beck A. T. (c), Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology // *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1970, Nr.150.

Beck A. T., (a). Cognition, anxiety and psychophysiological disorders // *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. Sud. C. Spielberger. New York: Academic Press, 1972, Nr.2.

Beck A. T. (b), The phenomena of depression: A synthesis // *Modern Psychiatry and Clinical Research*. Sud. D. Offer, D. X. Freeman. New York,1972.

Beck A. T., Cognitive modification in depressed, suicidal patients. Psichoterapijos

tyrėjų draugijos susirinkimo pranešimas. Denver, 1974.
Beck A. T, Greenberg, R. L., Cognitive therapy with depressed women // *Women and Therapy: New Psychotherapies for a Changing Society*. Sud. V. Franks, V. Burtle. New York,1974.
Beck A. T., Hurvich M., Psychological correlates of depression // *Psychosom. Med.*, 1959, Nr.21.
Beck A. T., Rush, A. J., A cognitive model of anxiety formation and anxiety resolution // *Stress and Anxiety*. Sud. I. D. Sarason, C. D. Spielberger. Washington, 1975.
Beck A. T, Ward C. H., Dreams of depressed patients: Characteristic themes in manifest content // *Arch. Gen. Psychiat.*, 1961, Nr.5.
Beck A. T., Kovacs M., Weissman A., Hopelessness and suicidal behavior: An overview // *JAMA*, 1975, Nr.234.
Beck A. T., Laude R., Bohnert M., Ideational components of anxiety neurosis // *Arch. Gen. Psychiat.* 1974, Nr.31.
Bem D., Self perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena // *Psychol. Rev.*, 1967, Nr.74.
Berecz J. M., Phobias of childhood: Etiology and treatment. *Psychol. Bull*, 1968, Nr.70.
Bergin A., Cognitive therapy and behavior therapy: Foci for a multidimensional approach to treatment // *Behav. Ther.*, 1970, Nr.1.
Berne E., *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York,1961.
Bernstein L., *The Age of Anxiety; Symphony No. 2 for Piano and Orchestra* (pagal W. H. Auden). New York,1960.
Bowlby J., Reasonable fear and natural fear // *Internat. J. Psychiat.*, 1970, Nr.9.
Brown B., Cognitive aspects of Wolpe's behavior therapy // *Amer. J. Psychiat.*, 1967, Nr.124.
Camus A.. *The New York Times*, Dec. 21, 1947.
Cannon W. B., *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage*. New York, 1915.
Charcot J. M., *Hemorrhagie et Ramollissement du Cerveau, Mètallothèrapie et Hypnotisme, Electrothèrapie*. Paris, 1890.
Coleman R., *The manipulation of self-esteem: A determinant of elation-depression*. Daktaro disertacija. Temple University, 1970.
Costello C. G., Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? // *Behav. Ther.*, 1972, Nr.3.
Davison G. C., Differential relaxation and cognitive restructuring in therapy with a "paranoid schizophrenic" or "paranoid state" // *Proc. 74th Ann. Convention Amer. Psychol. Assn.* Washington, D.C.: American Psychological Association,1966.
Davison G. C., Case report: Elimination of sadistic fantasy by a client-controlled counter-conditioning technique // *J. Abnorm. Psychol.*, 1968, Nr.73.

DiLoretto A., *Comparative Psychotherapy: An Experimental Analysis*. Chicago,1971.
Dollard J., Doob L., Miller N., Mowrer O., Sears R.. *Frustration and Aggression*. New Haven,1939.
Dudley D. L., Martin C. J., Holmes T. H., Psychophysiologic studies of pulmonary ventilation // *Psychosom. Med.*, 1964, Nr.26.
Dunbar F., *Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships*, 1910-1933. New York, 1935.
D'Zurilla T. J., Wilson G., Nelson R. A preliminary study of the effectiveness of graduated prolonged exposure in the treatment of irrational fear // *Behav. Ther.*, 1973, Nr.4.
Efran J. S., Self-criticism and psychotherapeutic exchanges. 1973.
Efran J. S., Marcia J. E., Systematic desensitization and social learning // *Applications of a Social Learning Theory of Personality*. Sud. J. B. Rotter, J. E. Chance, E. J. Phares. New York,1972.
Ellis A., Rational psychotherapy // *J. Gen. Psychol.*, 1958, Nr.59.
Ellis A., *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, 1962.
Ellis A., *Growth Through Reason: Verbatim Cases in Rational-Emotive Psychotherapy*. Palo Alto,1971.
Ellis A., Murphy R., *A Bibiliography of Articles and Books on Rational-Emotive Therapy and Cognitive-Behavior Therapy*. New York, 1975.
English H. B., English A. C., *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms: A Guide to Usage*. New York, 1958.
Epstein S., Comments on Dr. Cattell's paper // *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. Sud. C. Spielberger. New York,1972.
Epstein S., The self-concept revisited: Or a theory of a theory // *Amer. Psychol.* 1973, Nr.28.
Feather B. W., A central fear hypothesis of phobias. Presented at the La. State University Medical Center Spring Symposium, "Behavior Therapy in Theory and Practice," New Orleans, 1971.
Fenichel O., *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, 1945.
Ferenczi S. (1926), *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*, New York, 1952.
Frank J., *Persuasion and Healing*. Baltimore,1961.
Freud S. (1900), The interpretation of dreams // *Standard Edition*, 4, 5. London, 1953.
Freud S. (1915-1917), Introductory lectures on psychoanalysis // *Standard Edition*, 15, 16. London, 1963.
Freud S. (1926), Inhibitions, symptoms and anxiety // *Standard Edition*, 20. London, 1959.
Freud S. (1933), New introductory lectures on psychoanalysis // *Standard Edition*, 22. London, 1964.

Friedman A. S., Minimal effects of severe depression on cognitive functioning // *J. Abnorm. Soc. Psychol*, 1964, Nr.69.

Friedman P., The phobias // *American Handbook of Psychiatry*. Sud. S. Arieti. New York, 1959.

Galton F., *Inquiries into Human Faculty and Its Development*. New York, 1883.

Garma A., On pathogenesis of peptic ulcer // *Internat. J. Psycho-Anal.* 1950, Nr.31.

Gathercole C. E., Modification of depressed behavior. Burton Manor konferencijos, kurią organizavo Liverpulio universiteto psichiatrijos katedra, pranešimas. 1972.

Gerard M. W., Genesis of psychosomatic symptoms in infancy // *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. Sud. F. Deutsch. New York, 1953.

Glasrud C. A., *The Age of Anxiety*. New York, 1960.

Glasser W., *Reality Therapy; a New Approach to Psychiatry*. New York,1965.

Goble F. G.. *The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow*. New York, 1970.

Goldfried M. R., Decenteceo E. T., Weinberg L., Systematic rational restructuring as a self-control technique // *Behav. Ther.*, 1974, Nr.5.

Hartmann H., *Essays on Ego Psychology: Selected Problems in Psychoanalytic Theory*. New York, 1964.

Havens L., Charcot and hysteria // *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1966, Nr.141.

Heidegger M., *Being and Time*. London, 1962.

Heider F., *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York, 1958.

Hinkle L. E., Christenson W. N., Kane F. D., Ostfeld A., Thetford W. N., Wolff H. G.. An investigation of the relation between life experience, personality characteristics, and general susceptibility to illness // *Psychosom. Med.*, 1958, Nr.20.

Hoch P., Biosocial aspects of anxiety // *Anxiety*. Sud. P. Hoch, J. Zubin. New York, 1950.

Holmes T. H., Rahe R. H., The social readjustment rating scale // *J. Psychosom. Res.*, 1967, Nr.11.

Holroyd K. A., Cognition and desensitization in the group treatment of test anxiety. Daktaro disertacija. University of Miami,1975.

Holt R., The emergence of cognitive psychology // *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1964, Nr.12.

Horney K., *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization*. New York, 1950.

Horowitz M., Becker S. S., Moskowitz M. L., Intrusive and repetitive thought after stress: A replication study // *Psychol. Reports*, 1971, Nr.29.

Icheiser G., *Appearances and Reality*. San Francisco,1970.

Jackson B., Treatment of depression by self-reinforcement // *Behav. Ther.*, 1972, Nr.3.

Janov A., *The Primal Scream: Primal Therapy, the Cure for Neurosis*. New York,1970.
Jersild A. T., Markey F. V., Jersild C. L., Children's fears, dreams, wishes, daydreams, likes, dislikes, pleasant and unpleasant memories // *Child Development Monographs*, 1933, Nr.12.
Karst T. O., Trexler L. D., Initial study using fixed-role and rational-emotive therapy in treating public-speaking anxiety // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1970, Nr.34.
Katcher A. Asmeninis pokalbis,1969.
Kelly G., *The Psychology of Personal Constructs*. New York, 1955.
Klein M. H., Dittmann A. T., Parloff M. B., Gill M. M.. Behavior therapy: Observations and reflections // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1969, Nr.33.
Klerman G. L., Weissman M. M., Symptom reduction and the efficacy of psychotherapy in depression. Psichoterapijos tyrėjų draugijos susirinkimo pranešimas. Denver, 1974.
Kovacs M., Beck A. T., Weissman A., The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides // *Amer. J. Psychother.*, 1975, Nr.29.
Kraft, T., Al-Issa, I. (a), The application of learning theory to the treatment of traffic phobia // *Brit. J. Psychiat.*, 1965, Nr.111.
Kraft T., Al-Issa I. (b), Behavior therapy and the recall of traumatic experience – a case study // *Behav. Res. & Ther.*, 1965, Nr.3.
Kris E., *Psychoanalytic Explorations in Art*. New York,1952.
Kritzeck J., Philosophers of anxiety // *The Commonweal*, 1956, Nr.63.
Lacey J. I., Lacey B. C., Verification and extension of the principle of autonomic response stereotypy // *Amer. J. Psychol.*, 1958, Nr.71.
Lader M., Marks I., *Clinical Anxiety*. New York, 1971.
Lader M., Gelder M. G., Marks I., Palmar skin conductance measures as predictors of response to desensitization // *J. Psychosom. Res.*, 1967, Nr.11.
Lazarus A., Learning theory and the treatment of depression // *Behav. Res. Ther.*, 1968, Nr.6.
Lazarus A., *Behavior Therapy and Beyond*. New York, 1972.
Lazarus R., *Psychological Stress and the Coping Process*. New York, 1966.
Leitenberg H., Agras W. S., Barlow D. H., Oliveau D. C., Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy // *J. Abnorm. Psychol*, 1969, Nr.74.
Lester D., Beck A. T., Suicidal intent, medical lethality of the suicide attempt, and components of depression // *J. Clin. Psychol*, 1975, Nr.31.
Leventhal H., Affect and information in attitude change. Rytų kranto psichologų draugijos susirinkimo pranešimas. Philadelphia, 1969.
Levitt E. E., A brief commentary on the "psychiatric breakthrough" with emphasis on the hematology of anxiety // *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. Sud. C. Spielberger. New York,1972.

Lewinsohn P. M. (a), A behavioral approach to depression // *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Sud. R. J. Friedman, M. M. Katz. Washington,1974.

Lewinsohn, P. M. (b), Clinical and theoretical aspects of depression // *Innovative Treatment Methods in Psychopathology*. Sud. K. Calhoun, H. Adams, K. Mitchell. New York, 1974.

Lewinsohn P. M., Atwood G. E., Depression: A clinical-research approach // *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1969, Nr.6.

Lewinsohn P. M., Graf M., Pleasant activities and depression // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1973, Nr.41.

Lewinsohn P. M., Shaw D. A., Feedback about interpersonal behavior as an agent of behavior change // *Psychother. Psychosom.*, 1969, Nr.17.

Lewinsohn P. M., Shaffer M., Libet J., A behavioral approach to depression. Amerikos psichologų draugijos susirinkimo pranešimas, Miami Beach, 1969.

Lewinsohn P. M., Weinstein M. S., Alper T., A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution // *J. Clin. Psychol*, 1970, Nr.26.

Lewis A., The ambiguous word "anxiety" // *Internat. J. Psychiat.*, 1970, Nr.9.

Liebert R. M., Morris L. W., Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data // *Psychol. Rep.*, 1967, Nr.20.

Lishman W. A., Selective factors in memory // *Psychol. Med.*, 1972, Nr.2.

Loeb A., Beck A. T., Diggory J., Differential effects of success and failure on depressed and nondepressed patients // *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1971, Nr.152.

London P., *The Modes and Morals of Psychotherapy*. New York,1964.

Maes W., Haimann R., *The Comparison of Three Approaches to the Reduction of Test Anxiety in High School Students*. Washington: JAV Sveikatos, švietimo ir siocialinės apsaugos ministerija, 1970.

Mahoney M. J., *Cognition and Behavior Modification*. Cambridge, Mass.,1974.

Margolin S. G., Genetic and dynamic psycho-physiological determinants of pathophysiological processes // *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. Sud. F. Deutch. New York, 1953.

Marks I. M., *Fears and Phobias*. London, 1969.

Marlett N. J., Watson D., Test anxiety and immediate or delayed feedback in a test-like avoidance task // *J. Personal. Soc. Psychol.*, 1968, Nr.8.

Mason F. (sud.), *Balanchine's Complete Stories of the Great Ballets*. New York,1954.

Maultsby M. C., The pamphlet as a therapeutic aid. *Rational Living*, 1968, Nr.3.

May R.,*The Meaning of Anxiety*. New York, 1950.

Meichenbaum D. H., Sequential strategies in two cases of hysteria // *Behav. Res. Ther.*, 1966, Nr.4.

Meichenbaum D. H., *Cognitive Behavior Modification*. Morristown, 1974.

Meichenbaum D. H., Gilmore J. B., Fedoravicius A., Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1971, Nr.36.

Mendelson M., Hirsch S., Webber C. S., A critical examination of some recent theoretical models in psychosomatic medicine // *Psychosom. Med.*, 1956, Nr.18.

Miller L. C., Barrett C. L. Hampe E., Noble H., Factor structure of childhood fears // *J. Consult. Clin. Psychol*, 1972, Nr.39.

Minkoff K., Bergman E., Beck A. T., Beck R., Hopelessness, depression, and attempted suicide // *Amer. J. Psychiat.*, 1973, Nr.130.

Mischel W., Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality // *Psychol. Rev.*, 1973, Nr.80.

Murray E., Jacobson L., The nature of learning in traditional and behavioral psychotherapy // *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* Sud. A. Bergin, S. Garfield. New York,1969.

Neuringer C., Dichotomous evaluations in suicidal individuals // *J. Consult. Psychol.*, 1961, Nr.25.

Oppenheimer J. R., Analogy in science. *American Psychologist*, 1956, Nr.11.

Orne M. T., Wender P. H., Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale // *Amer. J. Psychiat.*, 1968, Nr.124.

Oxford English Dictionary, Vol. 4. Oxford, 1933.

Pastore N., A neglected factor in the frustration-aggression hypothesis: A comment // *J. Psychol.*, 1950, Nr.29.

Pastore N., The role of arbitrariness in the frustration-aggression hypothesis // *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1952, Nr.47.

Perls F., Hefferline R., Goodman P., *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, 1951.

Pitts F. N., The biochemistry of anxiety // *Sci. Amer.*, 1969, Nr.220.

Rapaport D., *Organization and Pathology of Thought: Selected Sources*. New York,1951.

Rardin W. M., Wetter B. D., Behavioral techniques with depression: Fad or fledgling? Uolėtųjų kalnų psichologų draugijos susirinkimo pranešimas. Albuquerque, 1972.

Reynolds J. R., Remarks on paralysis, and other disorders of motion and sensation, dependent on idea // *Brit. Med. J.*, 1969, Nov. 6.

Rogers C. R., *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston,1951.

Rush A. J., Beck A. T., Kovacs M., Khatami M., Fitzgibbons R., Wolman T., Comparison of cognitive and pharmacoptherapy in depressed outpatients: A preliminary report. Psichoterapijos tyrėjų draugijos susirinkimo pranešimas. Boston,1975.

Rush A. J., Khatami M., Beck A. T., Cognitive and behavioral therapy in chronic depression // *Behav. Ther.*, 1975, Nr.6.

Salzman L., Paranoid state – theory and therapy // *Arch. Gen. Psychiat.*, 1960, Nr.2.

Sarason I. G. (a), Comments on Dr. Beck's paper // *Anxiety: Current Trends in Theory and Research.* Sud. C. Spielbergcr. New York: Academic Press, 1972, Nr.2.

Sarason I. G. (b), Experimental approaches to test anxiety: Attention and the Uses of information // *Anxiety: Current Trends in Theory and Research.* Sud. C. Spielberger. New York, 1972.

Saul L. J., *Emotional Maturity: The Development and Dynamics of Personality.* Philadelphia,1947.

Schuyler D., Cognitive therapy: Some theoretical origins and therapeutic implications // *Internat. Ment. Health Res. Newslet.*, 1973, Nr.15.

Schwartz D. A., A re-view of the "paranoid" concept // *Arch. Gen. Psychiat.*, 1963, Nr.8.

Seitz F. C., Behavior modification techniques for treating depression // *Psychother.: Theory, Res. & Practice*, 1971, Nr.8.

Seligman M. E. P., Depression and learned helplessness // *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research.* Sud. R. J. Friedman, M. M. Katz. Washington,1974.

Shaw B., *Outpatient cognitive therapy of depression.* Neskelbtas straipsnis. 1974.

Shaw B., *A Systematic Investigation of Three Treatments of Depression.* Daktaro disertacija. University of Western Ontario,1975.

Skinner B. F., *Beyond Freedom and Dignity.* New York,1971.

Sloane R. B., Staples F., Cristol A. H., Yorkston N. J., Whipple K., Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy // *Amer. J. Psychiat.*, 1975, Nr.132.

Snaith R. P., A clinical investigation of phobias // *Brit. J. Psychiat.*, 1968, Nr.114.

Spielberger C., (sud.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, l, 2. New York, 1972.

Spitz R. A., The psychogenic diseases in infancy: an attempt at their etiologic classification // *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1951, Nr.6.

Stampfl T. G., Levis, D. J., Implosive therapy – a behavioral therapy? // *Behav. Res. Ther.*, 1968, Nr.6.

Standard College Dictionary. New York,1963.

Stein E. H., Murdaugh J., MacLeod J. A., Brief psychotherapy of psychiatric reactions to physical illness // *Amer. J. Psychiat.*, 1969, Nr.125.

Stevenson I., Hain J. D., On the different meanings of apparently similar symptoms, illustrated by varieties of barber shop phobia // *Amer. J. Psychiat.*, 1967, Nr.124.

Sullivan H. S., *The Psychiatric Intenview.* Sud. H. Perry, M. Gawel. New York, 1954.
Szasz T. S., Psychoanalysis and the autonomic nervous system: Bioanalytic approach to problem of psychogenesis of somatic change // *Psychoanal. Rev.*, 1952, Nr.39.
Taylor F. G., *Cognitive and Behavioral Approaches to the Modification of Depression.* Daktaro disertacija. Queen's University, Kinston, Ontario, 1974.
Terhune W. B., The phobic syndrome: A study of eighty-six patients with phobic reactions // *Arch. Neurol. & Psychiat.*, 1949, Nr.62.
Trexler L. D., Karst T. O., Rational-emotive therapy, placebo, and no-treatment effects on public-speaking anxiety // *J. Abnorm. Psychol.*, 1972, Nr.79.
Truax C. B., Effective ingredients in psychotherapy: An approach to unraveling the patient-therapist interaction // *J. Counsel. Psychol.*, 1963, Nr.10.
Valins S., Ray A., Effects of cognitive desensitization on avoidance behavior // *J. Personal. & Soc. Psychol.*, 1967, Nr.7.
Velten E. C., *The induction of Elation and Depression through the Reading of Structural Sets of Mood Statements.* Daktaro disertacija. University of Southern California, 1967.
Wahler R. G., Pollio H. P., Behavior and insight: A case study in behavior therapy // *Exper. Res. Personal*, 1968, Nr.3.
Watson J. B., *Behavior: An Introduction to Comparative Psychology.* New York, 1914.
Webster's New International Dictionary of the English Language. Antras nesutrumpintas leidimas. Springfield, 1949.
Weitzman B., Behavior therapy and psychotherapy // *Psychol. Rev.*, 1967, Nr.74.
Westphal C. (1872), Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung // *Arch. Psychiat. & Nervenkrank.*, Nr.3. Cituojama pagal Snaith, 1968.
Wetzel R. D., Hopelessness, depression, and suicide intent // *Arch. Gen. Psychiat.*, 1976.
Wilkins W., Desensitization: Social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure // *Psychol. Bull.*, 1971, Nr.76.
Wolff H. G., Life stress and bodily disease – a formulation // *Life Stress and Bodily Disease: Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease.* Baltimore, 1950.
Wolpe J., *The Practice of Behavior Therapy.* New York, 1969.

Beck, A. T.

Be49 Kognityvinė terapija ir emociniai sutrikimai / Aaron T. Beck .–
Vilnius: VIA RECTA, 2005. – 287 p.

Svarbiausias įtakingos kognityvinės psichoterapijos mokyklos vadovėlis.

UDK 613.8

ISBN 9955-433-08-6

Aaron T. Beck
KOGNITYVINĖ TERAPIJA
IR EMOCINIAI SUTRIKIMAI

Vertė *Simona Biveinytė*
Redaktorė *Mimoza Kligienė*
Viršelio dailininkė *Aistė Glinskienė*

18 leidyb. apsk. l. Užsakymas1325
Išleido VIA RECTA, S. Skapo g. 3-2, LT-01122 Vilnius
Spausdino UAB „Vilniaus spauda", Viršuliškių skg. 80, LT-05131 Vilnius

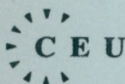
Ar emocinių sutrikimų turintis žmogus yra nesąmoningų, nekontroliuojamų galių auka? O gal jo psichologiniai sunkumai kyla iš klaidingų prielaidų apie save ir kitus?

Kognityvinės terapijos kūrėjas A. T. Beck parašė išsamų emocinių sutrikimų teorijos bei terapijos vadovą, kuriame atskleidžia, kaip:

- įsiklausyti į slaptas žinutes;
- išgirsti automatines mintis;
- suvokti liūdesio, pykčio ir nerimo vaidmenį;
- suprasti ir gydyti fobijas ir depresiją;
- pritaikyti kognityvinės terapijos sistemą įvairiems emociniams sunkumams įveikti.

ALK - serija verstinių knygų, kurias leidžia įvairios leidyklos, remiamos Atviros Lietuvos fondo. Serijos tikslas - supažindinti skaitytojus su šiuolaikiniais humanitarinių ir socialinių mokslų veikalais. Šios knygos leidimą ALF remia kartu su Vidurio Europos universiteto Vertimų projektu.

ATVIROS LIETUVOS KNYGA



Rekomenduojama kaina 21 lt.

ISSN 1392-1673
ISBN 9955-433-08-6

